

Angerer, Claudia: Aktuelle Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern in Deutschland und angemessene Hilfeformen der Sozialen Arbeit;

Gesamtseitenzahl: 124

Roßwein, Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit, Roßwein

Diplomarbeit 2009

### **Referat:**

Diese Diplomarbeit setzt sich mit den aktuellen Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern in Deutschland auseinander. Zudem erörtert sie, welche Hilfs – und Unterstützungsmaßnahmen für diese Klientel aktuell bereitgestellt werden, inwiefern diese tatsächlich als angemessen bezeichnet werden können und wo es einer Verbesserung dieser Hilfen bedarf. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf den Systemen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie und in diesem Zusammenhang auf den Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Interviewverzeichnis</b> .....	4
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	4
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	5
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	6
<b>1 Einleitung</b> .....	7
1.1    Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder in Deutschland.....	7
1.2    Problemstellung und –aufriss .....	8
1.3    Methodik .....	9
1.4    Motivation.....	9
<b>2 Die wichtigsten psychischen Störungen im Überblick</b> .....	10
<b>3 Gefährdungslagen der Kinder und Jugendlichen psychisch kranker Eltern</b> .....	14
3.1    Vulnerabilität .....	14
3.2    „High-Risk“ .....	14
3.2.1    Das Erkrankungsrisiko allgemein .....	14
3.2.2    Genetische Risikofaktoren .....	15
3.2.3    Psychosoziale Risikofaktoren .....	16
3.3    Alters – und Geschlechtsspezifik.....	17
3.4    Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung.....	18
3.5    Der Einfluss der elterlichen Erkrankung auf den Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen.....	20
3.6    Die Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern .....	21
3.7    Verachlässigung und Misshandlung.....	25
3.8    Das Erleben psychisch kranker Eltern aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen .....	27
3.9    Probleme im familiären Alltag.....	29
3.10    Schwierige Familienbeziehungen .....	30
3.11    Der Mangel an sozialer Unterstützung.....	31
3.12    Fazit zum Kapitel 3 .....	34
<b>4 Stresserleben und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter unter der     zusätzlichen Belastung der psychischen Erkrankung eines Elternteils</b> .....	35
4.1    Stresserleben .....	35
4.2    Stressbewältigung .....	36
4.2.1    Das transaktionale Stressmodell.....	36
4.2.2    Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen allgemein .....	37
4.2.3    Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen psychisch kranker Eltern.....	38

4.2.4	Alters- und Geschlechtsspezifik in der Stressbewältigung .....	38
<b>5</b>	<b>Warum manche Kinder und Jugendliche gesund bleiben .....</b>	<b>40</b>
5.1	Resilienz.....	40
5.2	Schutzfaktoren .....	40
<b>6</b>	<b>Zwischenergebnis.....</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>Angemessene Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern im Hinblick auf die Handlungsmöglichkeiten und –anforderungen der Sozialen Arbeit .....</b>	<b>44</b>
7.1	Die Vielschichtigkeit und Vielseitigkeit der Problematik.....	44
7.2	Aufgaben und Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie .....	45
7.3	Aufgaben und Leistungen von Jugendhilfe/Jugendamt .....	46
7.4	Angemessene Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – verdeutlicht am Beispiel zweier Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte .....	49
7.4.1	Vorbemerkungen.....	49
7.4.2	Vorstellung der beiden Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte .....	50
7.4.3	Ergebnisse der Bestandsaufnahmen beider Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte .....	54
7.4.4	Konfliktlinien und Spannungsfelder zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – am Beispiel des Praxisforschungsprojektes in NRW .....	65
7.4.5	Vorschläge für eine verbesserte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Erkenntnisse aus den Praxisforschungen.....	71
7.4.6	Konkrete Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern - Erkenntnisse aus den Praxisforschungen .....	74
<b>8</b>	<b>Modelle aus der Praxis.....</b>	<b>77</b>
8.1	Vorbemerkungen.....	77
8.2	Präventive Einzel - und Gruppenangebote.....	77
8.3	Patenschaften - als flexible Form der Hilfen zur Erziehung .....	80
8.4	Gemeinsame Wohnformen für Mutter, (Vater) und Kind.....	81
8.5	Selbsthilfe – und Angehörigengruppen.....	82
<b>9</b>	<b>Zwischenergebnis.....</b>	<b>83</b>
<b>10</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>84</b>
	<b>Literaturverzeichnis / Quellenverzeichnis.....</b>	<b>86</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>88</b>
	<b>Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit.....</b>	<b>124</b>

## **Interviewverzeichnis**

### **Heute erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern berichten über ihre Kindheitserfahrungen**

Interview: 1 .....	88
Interview: 2 .....	88
Interview: 3 .....	89
Interview: 4 .....	89
Interview: 5 .....	90
Interview: 6 .....	90
Interview: 7 .....	91
Interview: 8 .....	91
Interview: 9 .....	91

### **Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen aus Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe berichten über ihre Erfahrungen mit dem jeweils anderen Hilfesystem**

Interview: 10 .....	92
Interview: 11 .....	93
Interview: 12 .....	93
Interview: 13 .....	94
Interview: 14 .....	94
Interview: 15 .....	95
Interview: 16 .....	96
Interview: 17 .....	96

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 7: Überblick über angemessene Hilfen für Familien, in denen Eltern(-teile) psychisch krank sind .....	83
Abbildung 1: Symptome, die für eine Diagnose einer schweren depressiven Stimmung relevant sind .....	98
Abbildung 2: Symptome, die für eine Diagnose einer schizophrenen Störung relevant sind .....	99
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern .....	100
Abbildung 4: Übersicht über die Hilfsmöglichkeiten .....	101
Abbildung 5: Das psychiatrische Hilfs- und Versorgungsnetz der Stadt Bielefeld (ohne niedergelassene Nervenärzte) .....	102
Abbildung 6: Das psychiatrische Hilfs- und Versorgungsnetz Warendorf .....	103

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland* .....	104
Tabelle 2: Angebote der Hilfen zur Erziehung .....	104
Tabelle 3: Anteil der Patienten und Patientinnen mit Kindern in psychiatrischen Institutionen .....	105
Tabelle 4: Alter und Geschlecht der psychisch kranken Eltern .....	105
Tabelle 5: Art der Erkrankung (n=306) (Mehrfachnennungen möglich).....	106
Tabelle 6: Kinderzahl der psychisch erkrankten Eltern .....	106
Tabelle 7 : Familiäre Wohnsituation der behandelten/betreuten Personen .....	107
Tabelle 8: Alter und Geschlecht der Kinder (n=459*).....	107
Tabelle 9: Alter der Kinder und institutionelle Unterstützung der betroffenen Kinder .....	108
Tabelle 10: Art und Weise, wie die psychiatrische Institution bezogen auf die Kinder tätig wurde.....	108
Tabelle 11: Andere Dienste/Institutionen, die in den Familien bezogen auf die Kinder tätig wurden.....	109
Tabelle 12: Art der Erkrankung der Eltern (Mehrfachnennungen möglich).....	109
Tabelle 13: Anzahl der Kinder psychisch kranker Eltern (Jugendamtsbefragung).....	110
Tabelle 14: Alter und Geschlecht der Kinder (n=275*).....	110
Tabelle 15: Gewährte Hilfen durch das Jugendamt (n=272*) (Mehrfachnennungen).....	111
Tabelle 16: Präventive Angebote der Jugendhilfe .....	112
Tabelle 17: Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern (Stand 28. Februar 2002).....	113

## Abkürzungsverzeichnis

<b>APSAC</b>	=	<b>American Professional Society on the Abuse of Children</b> (= Amerikanische Forschungsgesellschaft über den Missbrauch an Kindern)
<b>ASD</b>	=	<b>Allgemeiner Sozialdienst</b>
<b>BGB</b>	=	<b>Bürgerliches Gesetzbuch</b> in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002, zuletzt geändert durch Personenstandsrechtsreformgesetz vom 19. Februar 2007, in: Stascheit (2007): Gesetze für Sozialberufe, 15. Aufl., Nomos, Frankfurt am Main
<b>BSHG</b>	=	<b>Bundessozialhilfegesetz</b> zuletzt geändert durch Art.7 G v. 23.12.2002 / 4621; in: <a href="http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/bshg.htm">www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/bshg.htm</a>
<b>ICD10</b>	=	<b>International Classification of Diseases</b> (= Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Ausgabe)
<b>ISM</b>	=	<b>Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.</b>
<b>DSM</b>	=	<b>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</b> (= Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen)
<b>KJHG</b>	=	<b>Kinder- und Jugendhilfegesetz, gilt als Synonym für das SGBVIII</b>
<b>SGBVIII</b>	=	<b>Sozialgesetzbuch (SGB), Achtes Buch (VIII), Kinder und Jugendhilfe</b> in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006, zuletzt geändert durch Personenstandsrechtsreformgesetz vom 19. Februar 2007, in: Stascheit (2007): Gesetze für Sozialberufe, 15. Aufl., Nomos, Frankfurt am Main
<b>SPFH</b>	=	<b>Sozialpädagogische Familienhilfe</b>
<b>WHO</b>	=	<b>World Health Organization</b> (= Weltgesundheitsorganisation)

## 1 Einleitung

### 1.1 Psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder in Deutschland

Innerhalb eines Jahres begeben sich circa 1,6 Millionen psychisch kranke erwachsene Menschen der Bundesrepublik Deutschland in psychiatrische Behandlung. Das sind knapp 3% der Gesamtbevölkerung über 21 Jahre (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 11). Es gibt bislang nur wenig zuverlässiges Datenmaterial bezüglich der Anzahl der von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffenen minderjährigen Kinder. Während Küchenhoff zum Beispiel von rund 160.000 bis 240.000 betroffenen Kindern unter 18 Jahren ausgeht (hier sind nur die Kinder erfasst, deren Eltern(-teile) sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden) (vgl. Küchenhoff, 2004, S.108), leben laut Angaben der Kinderkommission im Deutschen Bundestag rund 500.000 Kinder und Jugendliche in Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist (vgl. [www.psychiatrie.de/dachverband](http://www.psychiatrie.de/dachverband)). Kinder in Familien mit psychisch krankem Elternteil sind also ein durchaus relevantes Problem.

Psychische Erkrankungen sind Familienerkrankungen. Die psychische Erkrankung eines Elternteils hat stets Auswirkungen auf die gesamte Familie und insbesondere auf die darin lebenden Kinder. So konnte beispielsweise bei betroffenen Kindern, die über einen Zeitraum von vier Jahren beobachtet wurden, festgestellt werden, dass lediglich ein Drittel dieser Kinder keinerlei Beeinträchtigungen in der Entwicklung zeigte, bei einem Drittel vorübergehende Auffälligkeiten beobachtet wurden und wiederum bei einem Drittel persistente kinderpsychiatrische Störungen nachweisbar waren (vgl. [www.psychiatrie.de/dachverband](http://www.psychiatrie.de/dachverband)). Die psychische Erkrankung eines Elternteils und die damit verbundenen sozialen, familiären und lebensweltbezogenen Folgen beeinträchtigen also die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen.

Trotz der prekären Lebenslagen von Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, wurde diese Zielgruppe (Kinder in solchen Familien) lange Zeit von der Fachöffentlichkeit außer Acht gelassen. Erst 1996 fand ein Kongress statt, der erstmalig die Belange und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern in einer breiten Fachöffentlichkeit diskutierte. Obwohl dieser Kongress wesentlich zu einem Problembewusstsein bei den verschiedenen Fachkräften beitrug und somit als Meilenstein in der Auseinandersetzung mit dieser Problematik zu werten ist, zeigte sich, dass bislang weder empirische Erkenntnisse über die komplexe Problematik der betroffenen Kinder und ihrer Familien, noch Angaben über die Größenordnung der Anzahl minderjähriger Kindern mit wenigstens einem psychisch kranken Elternteil vorlagen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 11). Bis heute hat es nur wenige Initiativen der deutschen sozialpädagogischen Forschung gegeben, die konkreten Lebenslagen der betroffenen Familien genauer zu erfassen und vor dem Hintergrund dieser Lebenslagen zu erörtern, wie die Kompetenzen der Jugendhilfe für diese Klientel gestaltet

sein müssen und mit welchen Kooperations- und Vernetzungsformen hier eine angemessene Hilfe und Unterstützung gewährleistet werden kann (vgl.ebd.S.51).

## **1.2 Problemstellung und –aufriss**

Diese Diplomarbeit setzt sich mit den Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern auseinander. Zu diesem Zweck versucht sie in einem ersten Kapitel ein Verständnis dafür zu schaffen, was „psychisch krank“ bedeutet und welche Einschränkungen für die Betroffenen und ihre Familienangehörigen damit verbunden sind. Aufbauend auf diesem Verständnis wird untersucht, inwiefern die betroffenen Kinder durch die psychische Erkrankung und die damit verbundenen sozialen, familiären und lebensweltbezogenen Folgen in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden. Hier werden eine Reihe Faktoren zu nennen sein, die als Gefährdungslagen bezeichnet werden können. Neben diesen Gefährdungslagen interessieren aber auch die möglichen Bewältigungsstrategien und -ressourcen, mit denen die Kinder und Jugendlichen versuchen, belastende Lebensereignisse zu meistern. Im Anschluss daran setzt sich diese Arbeit mit zwei ausgewählten Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekten auseinander, um mit deren Hilfe die konkreten aktuellen Lebenssituationen der betroffenen Familien näher zu betrachten und um davon ausgehend einerseits die aktuell vorhandenen und andererseits die nötigen Hilfe- und Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe zu formulieren. Dabei wird insbesondere auf die Hilfesysteme Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe einzugehen sein, da diesen beiden Systemen ein besonderer Auftrag im Hinblick auf die genannte Zielgruppe zukommt. Abschließend soll in dieser Arbeit ermittelt werden, wie Hilfe- und Unterstützungsangebote aussehen müssen, damit von angemessenen Hilfen die Rede sein kann. Somit lassen sich zusammengefasst folgende erkenntnisleitende Fragen formulieren:

1. Welche Gefährdungslagen entstehen für Kinder und Jugendliche aufgrund der psychischen Erkrankung von Eltern(-teilen)?
2. Wie lässt sich die Lebenssituation dieser Familien beschreiben?
3. Wie sehen die Hilfe- und Unterstützungsangebote aktuell aus?
4. Wie sollten die Hilfe- und Unterstützungsangebote aussehen, damit sie als angemessen bezeichnet werden können?

Ziel dieser Arbeit ist es, auf diese Fragen eine Antwort zu finden und die Problematik „Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern“ im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit zu halten.



### **1.3 Methodik**

Zunächst wurde die neuere Literatur zu diesem Thema gesichtet und ausgewertet, um dem aktuellen wissenschaftlichen Stand gerecht zu werden. Des Weiteren wurden zwei konkrete Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte, die sich über mehrere Jahre intensiv mit den für diese Arbeit relevanten Fragen auseinandersetzen, hinsichtlich ihrer Ergebnisse miteinander verglichen. Da es, wie sich herausstellte, nur sehr wenige solche Studien gibt, erübrigte sich ein großes Auswahlverfahren.

Bei der Erörterung der angemessenen Hilfs- und Unterstützungsangebote für die genannte Zielgruppe gilt zu beachten, dass der Fokus dieser Diplomarbeit sich auf die Handlungsanforderungen und Aufgaben der Sozialen Arbeit richtet. Des Weiteren soll darauf hingewiesen werden, dass, vor allem in den ersten Kapiteln, nicht zwischen „Kindern“ und „Jugendlichen“ unterschieden wird. Kinder sind in dieser Arbeit Personen unter 18 Jahren, wenn nichts anderes angegeben ist. In den Kapiteln, wo die unterschiedlichen Altersgruppen eine besondere Rolle spielen, wird zwischen Kindern und Jugendlichen differenziert.

### **1.4 Motivation**

Während meiner berufspraktischen Studiensemester konnte ich Einblicke sowohl in die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in die Erwachsenenpsychiatrie bekommen. Dabei fiel mir auf, dass die Kinder und Jugendlichen, die in der Kinder – und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, oftmals Eltern hatten, bei denen ebenfalls eine psychische Störung zu vermuten war, worauf jedoch nicht näher eingegangen wurde. Während meines Praktikums in der Erwachsenen-Psychiatrie stellte ich wiederum fest, dass viele Patienten und Patientinnen zugleich Eltern waren. Doch deren Kinder wurden nicht berücksichtigt. So entstand ein Interesse für die Kinder und Jugendlichen psychisch kranker Eltern und in diesem Zusammenhang das Bedürfnis, herauszufinden, wie dieser Zielgruppe angemessen geholfen werden kann.

## 2 Die wichtigsten psychischen Störungen im Überblick

Psychische Störungen beeinträchtigen die „normale“ Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Sie zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass sie von der betroffenen Person kaum kontrolliert werden können. Sie sind in der Regel von längerer Dauer und beeinträchtigen das Leben der betroffenen Person in Bezug auf Partnerschaft, Familie und Beruf. Des Weiteren sind die betroffenen Personen nicht selten suizidgefährdet (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2009, S.2).

Die in der Psychiatrie bekannten psychischen Erkrankungen wurden im Kapitel V des ICD10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen der WHO), sowie im DSM – IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) geordnet, nach verschiedenen Kriterien, wie Häufigkeit, Dauer und Intensität der Krankheit, gewichtet und schließlich standardisiert (vgl. Kindler, 2009, S.1; Schone & Wagenblass, 2006, S.31). Geschlechtsspezifische Unterschiede, die einzelnen Störungsbilder betreffend, spielen nur da eine Rolle, wo sie erwähnt werden, wie beispielsweise bei der Wochenbettdepression. Eine Klassifikation wird wesentlich davon bestimmt, wie psychische Störungen zu einem spezifischen Zeitpunkt gesehen und geordnet werden. Somit repräsentieren die Diagnosen die gegenwärtige Sicht auf Gesundheit und Krankheit. Wie viele Menschen als psychisch krank beurteilt werden, ist abhängig von dem jeweiligen kulturellen, zeitlichen und wissenschaftlichen Hintergrund. So stieg zum Beispiel die Anzahl der psychischen Störungsbilder von der ersten Auflage des DSM 1952 mit 112 Störungsbildern auf bereits 370 Störungsbilder im Erscheinungsjahr 1994 (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 32).

Im Folgenden sollen zwei psychische Störungsbilder beispielhaft verdeutlichen, wie durch sie die Betroffenen in ihrer Lebensführung beeinträchtigt werden. Dabei fiel die Auswahl auf die Störungsbilder Schizophrenie und affektive Störungen. Beide Erkrankungen wurden ausgewählt, weil sie in den später zu behandelnden Praxisforschungen eine wesentliche Rolle spielen und weil sie sich besonders gravierend auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Zudem handelt es sich bei den affektiven Störungen um eine der häufigsten diagnostizierten psychischen Störungsbilder in Deutschland (vgl. Wittchen u.A., 2000, S.216; Bundespsychotherapeutenkammer, 2009, S.2). Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass alle psychischen Störungen die Lebensführung der Betroffenen und ihrer Angehörigen einschränken. Die genannten Erkrankungen sollen hier nur aufgrund der genannten Kriterien besonders hervorgehoben werden. Dieses Kapitel dient außerdem nicht dem Zweck, die einzelnen psychischen Erkrankungen mit all ihren Ausprägungen detailliert zu schildern. Vielmehr soll eine Kurzdarstellung jeder Störung einen allgemeinen Überblick gewährleisten und zu einem

Verständnis für die Lebenssituationen und Befindlichkeiten der Kinder beitragen, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen.

### Affektive Störungen

Affektive Störungen zeichnen sich vor allem durch eine Veränderung der Stimmung und des subjektiven Gefühlslebens aus. Dabei muss zwischen Depression, Manie und manischer Depression unterschieden werden, wobei Depression und Manie dem unipolaren Krankheitsbild zuzuordnen sind, während die manische Depression zu den bipolaren Störungen zählt, da hier sowohl depressive als auch manische Züge zum Tragen kommen.

### Depression

Typische Symptome einer Depression sind u.a. Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Depressive Menschen sind „verzweifelt traurig“ (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare 2001, z.n. Schone & Wagenblass 2006, S. 34), das bedeutet, sie versuchen verzweifelt ihrer Trauer zu entkommen. Depressiv Erkrankte fühlen in sich oftmals eine Leere, wodurch die eigene Verzweiflung noch größer wird. Das ICD 10 (1999) unterscheidet bei einer Depression zwischen den verschiedenen Schweregraden leicht, mittelschwer und schwer, wobei für die Behandlung der ersten beiden Formen meist die allgemeinmedizinische Versorgung bzw. die Primärversorgung genügt, während die schwere Depression meist stationär behandelt werden muss. Weitere charakteristische Symptome einer Depression sind Antriebslosigkeit, Konzentrationsunfähigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit. Ebenso sind Rückzugs-, - Furcht – und Vermeidungstendenzen, eine gebeugte Körperhaltung, ein starrer Gesichtsausdruck sowie Schlaf – und Essstörungen zu beobachten (siehe Anhang, Abb. 1). Die Betroffenen fühlen sich oftmals von den alltäglichen Anforderungen überfordert. Sie haben ein geringes Selbstvertrauen, fühlen sich wertlos und entwickeln negative Zukunftsperspektiven. In schweren Fällen kann eine Depression auch zu einem Suizid bzw. Suizidversuch führen. Von einer schweren Depression ist dann die Rede, wenn die Symptome ständig und mindestens zwei Wochen lang auftreten oder, wenn sie zwar weniger als zwei Wochen dauern, dafür aber besonders schwer sind. Die Zahl der an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankten Personen beträgt in Deutschland derzeit circa 5% der Gesamtbevölkerung (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 36). Weniger schwere Depressionen bzw. depressive Verstimmungen, die sich über einen kürzeren Zeitraum erstrecken, treten hingegen viel häufiger auf. Hier liegt der prozentuale Anteil in der Gesamtbevölkerung bei circa 20%. Bemerkenswert ist außerdem, dass das Risiko, an einer Depression zu erkranken, für Frauen deutlich höher liegt (20-26%) als für Männer (8-12%) (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 77).

### Manie

Eine Manie zeichnet sich durch eine situationsinadäquate Stimmung aus. Das Ausmaß dieser Stimmung reicht von sorgloser Heiterkeit bis hin zur unkontrollierbaren Erregung. Dies bewirkt bei den Betroffenen eine Überaktivität, einen Rededrang, sowie ein vermindertes Bedürfnis nach Schlaf. Manisch erkrankte Menschen versuchen unter allen Umständen glücklich zu sein, was ihnen jedoch nicht gelingt, weil sie das Glück da suchen, wo sie es nicht finden können, weit weg von sich selbst. Typische Symptome einer Manie sind außerdem der Verlust sozialer Hemmungen, ein völlig übersteigertes Selbstbewusstsein, maßloser Optimismus, Realitätsverlust, Aggressivität oder Verliebtheit in völlig unpassenden Situationen und eine gesteigerte Libido. Zudem neigen die Betroffenen oft dazu, leichtsinnig Geld auszugeben und treiben sich damit nicht selten in die Verschuldung hinein. Manie kann aber auch vom Heiteren ins Misstrauische umschlagen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.36; ICD10, Dilling u.a., 1999, S.133).

### Manisch - depressive Störung

Typisch für dieses Störungsbild sind mindestens zwei extreme Stimmungsschwankungen ohne den Einfluss äußerer Stimuli. Dabei ist die eine Stimmung von übersteigerter Heiterkeit (Manie) geprägt und die andere von extremer Niedergeschlagenheit (Depression). Manische Phasen beginnen meist abrupt und dauern in der Regel zwischen zwei Wochen und vier bis fünf Monate. Depressive Episoden hingegen dauern meist etwa sechs Monate. Die Häufigkeit und der Wechsel zwischen den verschiedenen Stimmungen sind vielseitig und variabel (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 36f; ICD10, Dilling u.a., 1999, S. 135f).

### Schizophrene Störung

Diese Erkrankung zeichnet sich vor allem durch eine Veränderung der betroffenen Person in ihrem Denken, Fühlen und Handeln aus. Bei dieser Störung handelt es sich um eine Beeinträchtigung jener Grundfunktionen, die dem nicht erkrankten Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben. Die Betroffenen haben oft das Gefühl, beobachtet zu werden bzw. dass andere Personen ihre intimsten Gedanken kennen und an ihren Handlungen teilhaben. Dieses Erleben versuchen sie sich oftmals mit dem Einfluss natürlicher oder übernatürlicher Kräfte zu erklären. So ist es durchaus möglich, dass sich der/die Betroffene als Schlüsselfigur allen Geschehens erlebt und zum Beispiel glaubt, ein Gesandter bzw. eine Gesandte Gottes zu sein. Typisch für eine schizophrene Erkrankung ist in diesem Zusammenhang das Hören von Stimmen, die entweder mit den Betroffenen oder über sie sprechen. Auch die Wahrnehmung von Farben oder Geräuschen ist bei den an Schizophrenie erkrankten Menschen insofern gestört, als dass sie diese beispielsweise als ungewöhnlich lebhaft oder in ihrer Qualität verändert erleben (ICD10, Dilling u.a., 1999, S.103f.).

Die Stimmung der Betroffenen ist meist flach, unangemessen, ambivalent und antriebsgestört. Oftmals sind sie nicht in der Lage, verschiedene Sachverhalte nach ihrer Wichtigkeit zu trennen. So werden belanglose Kleinigkeiten wichtigen Aspekten einer Gesamtsituation vorgezogen. Für die Angehörigen ist das Verhalten der an Schizophrenie Erkrankten oft nicht nachvollziehbar. Sie können die Reaktionen der Erkrankten auf ihre innere Gefühlswelt nicht einordnen oder verstehen. Dies führt in der Regel zu einer Entfremdung zwischen den Erkrankten und den ihnen nahestehenden Personen.

Weitere typische Verhaltensauffälligkeiten einer Schizophrenie sind beispielsweise katatone Symptome, wie Krampfstöße, Erregung oder Haltungsstereotypen. Hinzu kommt oftmals eine Sprachverarmung, verflachte Affekte, sozialer Rückzug sowie eine verminderte soziale Leistungsfähigkeit. Typisch sind außerdem durchgängige Veränderungen des Verhaltens. Die Erkrankten sind ziellos, träge und zeigen eine in sich verlorene Haltung.

Die Diagnose Schizophrenie fällt in aller Regel dann, wenn die genannten Symptome ständig und mindestens einen Monat oder länger andauern (vgl. Schone & Wagenblass; 2006, S.37ff) (siehe Anhang, Abb. 2). In Deutschland erkrankt circa 1% der Bevölkerung (dies entspricht 800.000 Menschen) im Laufe des Leben an einer Schizophrenie (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 40).

### **3 Gefährdungslagen der Kinder und Jugendlichen psychisch kranker Eltern**

#### **3.1 Vulnerabilität**

Der Begriff der Vulnerabilität beschreibt die persönliche Anfälligkeit für Krankheit (vgl. Haisch u.a., 1999, S. 425). Hierzu hat sich im Laufe der Jahre ein ganzer Forschungszweig entwickelt, welcher sich mit eben dieser Verletzbarkeit bestimmter Personen in Bezug auf spezielle Belastungsmomente beschäftigt. So verfügen vulnerable Kinder und Jugendliche nicht über die nötigen Bewältigungsstrategien, um bestimmte Krisen erfolgreich meistern zu können. Ziel dieser Forschung ist es, Frühwarnsymptome bzw. Vorläufersymptome psychischer Erkrankungen herauszukristallisieren, um davon ausgehend auf mögliche präventive Maßnahmen zu schließen (vgl. Wolff, S.7). Inwiefern die Kinder psychisch kranker Eltern besonders verletzlich und somit auch gefährdet sind, gilt es in den folgenden Kapiteln zu erörtern.

#### **3.2 „High-Risk“**

##### **3.2.1 Das Erkrankungsrisiko allgemein**

Die „high-risk“-Forschung, (Risikoforschung), analysiert, inwiefern sich Gruppen mit psychisch kranken Eltern(-teilen) von vergleichsweise „normalen“ Gruppen unterscheiden (vgl. Wolff, 2007, S.4), das heißt, welches Risiko für Kinder mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil besteht, ebenfalls zu erkranken.

Verschiedene Studien belegen, dass das Risiko für die Kinder mit psychisch kranken Eltern, selbst später an einer psychischen Störung zu erkranken, sehr hoch ist (vgl. Lenz, 2008, S.11; vgl. Wiegand u.a., 2009, S. 111). Renschmidt und Matthejat (1994, S.13) stellen fest, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils deutliche Auswirkungen auf die Kinder hat. Die Folgen können Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Störungen bei den Kindern sein sowie die Entstehung ähnlicher Erkrankungen.

Längsschnittstudien, in denen die betroffenen Kinder mindestens bis ins Jugendalter begleitet wurden, liefern die aussagekräftigsten Befunde. So wurden bei Kindern mit mindestens einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil im Mittel bei 30 bis 40% der Betroffenen bis zum Jugendalter klinisch relevante Auffälligkeiten beobachtet.

Wenn ein Elternteil an einer unipolaren Depression erkrankt ist, so liegt das Risiko, bis zum Alter von 20 Jahren ebenfalls mindestens eine depressive Phase zu erleben, für die betroffenen Kinder bei circa 40%. Außerdem bilden im Mittel bis zu 60% der betroffenen Kinder mindestens eine klinisch relevante Störung aus. Das Risiko, an einer affektiven Störung zu erkranken, ist für Kinder mit entsprechender familiärer Vorbelastung zwei bis dreimal höher,

das Risiko für eine schwere Depression etwa sechsmal höher, als bei Kindern mit gesunden Eltern. Doch nicht nur das Risiko, an einer gleichartigen psychischen Störung zu erkranken, steigt bei den Kindern depressiv erkrankter Eltern. Neben Verhaltensproblemen können ebenso Anpassungsschwierigkeiten sowohl im sozialen als auch im emotionalen und kognitiven Bereich sowie psychische Auffälligkeiten auftreten. Beobachtet wurde weiterhin eine erhöhte Prävalenz von Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und schulischen Problemen. Auffälligkeiten zeigen auch die Kinder von Eltern mit einer Persönlichkeits- oder Suchtstörung. Zum Teil weisen diese Kinder ungünstigere Entwicklungsmerkmale auf als Kinder schizophren oder affektiv erkrankter Eltern. Des Weiteren haben Kinder, deren Eltern an einer Angststörung leiden, ein bis zu siebenfach höheres Risiko, ebenfalls eine solche Störung auszubilden (vgl. Lenz, 2008, S.11).

Zusätzlich steigt das Erkrankungsrisiko, wenn beide Elternteile unter einer psychischen Erkrankung leiden. So steigt die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Erkrankung bei Kindern mit zwei ebenfalls depressiven Elternteilen auf bis zu 70% an (vgl. ebd., S.12). Auch bei der Schizophrenie steigt mit zunehmender familiärer Belastung das Risiko für die Kinder, an einer Schizophrenie zu erkranken. So liegt das Erkrankungsrisiko bei Kindern mit einem erkrankten Elternteil bei 10 bis 15 %, während es bei zwei erkrankten Elternteilen bereits auf 35 bis 50 Prozent ansteigt (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994, S.51).

Die Rochester Longitudinal Study, eine große Risikostudie, stellt fest, dass für die Anpassung des Kindes weniger die elterliche Diagnose für sich allein von Bedeutung ist, als vielmehr Faktoren, wie Schweregrad, Chronizität, Komorbidität, Rückfallwahrscheinlichkeit, Symptomatik und Zeitpunkt der elterlichen Erkrankung. Außerdem spielen das familiäre Gefüge sowie die psychosozialen Bedingungen für die Entwicklung der Kinder eine bedeutende Rolle (vgl. Lenz, 2008, S.12). Remschmidt und Mattejat (1994, S.13) stellen sich sogar die Frage, ob die psychiatrische Erkrankung als solche oder aber deren Folgen die Beeinträchtigung in der Entwicklung der Kinder bedingen, denn diese Krankheiten ziehen oftmals starke familiäre Belastungen mit sich, auf welche im Verlauf dieser Arbeit noch ausführlich einzugehen sein wird.

Im Folgenden sollen zwei weitere Bestandteile der „high-risk“-Forschung näher beleuchtet werden, wobei es sich einerseits um den Einfluss genetischer Faktoren und andererseits um die psychosozialen Risikofaktoren handelt.

### **3.2.2 Genetische Risikofaktoren**

Verschiedene Studien konnten belegen, dass die genetischen Faktoren einen Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störungen haben, doch sie kommen ebenso zu dem Ergebnis, dass im Wesentlichen und gerade bei vermutlich vorhandenen genetischen Risiken die Umwelt

darüber bestimmt, ob das Kind entsprechende Verhaltensauffälligkeiten entwickelt oder nicht (vgl. Lenz, 2008, S.13). Auch Remschmidt und Mattejat (1994, S. 51) bestätigen zwar den genetischen Einfluss auf die Entstehung einer schizophrenen Erkrankung bei Kindern, aber sie widerlegen eine überwiegend genetische Determinierung dieser Störung.

Außerdem konnte bewiesen werden, dass bei adoptierten Kindern, bei denen der leibliche Vater oder die leibliche Mutter psychisch krank ist, das Erkrankungsrisiko im Wesentlichen von den familiären Bedingungen in der Adoptivfamilie abhängt und nicht vorrangig von den genetischen Faktoren. Aus weiteren Zwillingsstudien geht hervor, dass vorhandene genetische Risiken umso stärker negativ auf die Entwicklung des Kindes einwirkten, je länger das Kind mit dem kranken Elternteil zusammenlebte. Dies spricht für eine kumulative Wirkung von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren (vgl. Lenz, 2008, S.13).

### **3.2.3 Psychosoziale Risikofaktoren**

Die psychische Erkrankung eines Elternteils verursacht oftmals eine Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren. Hierzu gehören unter anderem eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung und andere Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, eine inadäquate soziale Unterstützung sowie soziale Isolation. Hinzu kommen eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Armut bzw. finanzielle Probleme, schlechte Wohnverhältnisse und Arbeitslosigkeit. Diese psychosozialen Belastungsfaktoren bedingen sich gegenseitig und stehen in Wechselwirkung zu einander (vgl. Wiegand u.a., 2009, S.112). Das heißt, dass beispielsweise Arbeitslosigkeit einerseits zu psychischen Erkrankungen führen kann, andererseits kann aber auch die Arbeitslosigkeit einer Person eine psychische Erkrankung zur Folge haben. So bestätigt auch der Gesundheitsbericht für Deutschland 2006, dass Arbeitslosigkeit mit verstärkten psychosozialen Belastungen, einem schwindenden Selbstwertgefühl und dem Verlust sozialer Beziehungen einher geht. Weiterhin wurde festgestellt, dass arbeitslose Männer wegen psychosozialen Verhaltensstörungen circa siebenmal mehr Tage im Krankenhaus verbringen als arbeitende Männer. Bei den Frauen beträgt das Verhältnis drei zu eins (vgl. Gesundheitsbericht Deutschland, 2006, S. 87). Untersuchungen haben außerdem gezeigt, dass Paare, in denen der Partner oder die Partnerin psychisch krank ist, häufiger Konflikte haben mit zugleich schwererem Ausmaß (vgl. Lenz, 2008, S. 12). Außerdem liegt die Scheidungsrate bei derart belasteten Paaren deutlich höher.

All diese Lebensumstände belasten die familiäre Situation und somit auch die Entwicklung der Kinder. Also sind die psychosozialen Risikofaktoren für die Herausbildung einer Störung bei den Kindern mitverantwortlich.

Die genannten Faktoren (genetische Veranlagung, psychosoziale Belastungen und nicht zuletzt das Verhalten des erkrankten Elternteils im Umgang mit dem Kind) interagieren mitei-



ander. So können zum Beispiel die genetischen Bedingungen ausschlaggebend dafür sein, in welcher Form sich Umweltstress auf den Einzelnen auswirkt (Remschmidt & Mattejat, 2008, S.4).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass psychosoziale Belastungsfaktoren für alle Kinder zu einem Risikofaktor werden, welcher ihre Entwicklung beeinträchtigen kann. Bei genetisch vorbelasteten Kindern kommt ein weiterer Risikofaktor hinzu, so dass das Erkrankungsrisiko bei dieser Gruppe von Kindern zusätzlich ansteigt. Bei optimalen psychosozialen Bedingungen sollte aber auch genetisch vorbelasteten Kindern eine entsprechende Entwicklung gelingen.

### **3.3 Alters- und Geschlechtsspezifik**

Kinder psychisch kranker Eltern zeigen in allen Altersklassen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen. Dennoch erweisen sich manche Lebensabschnitte als besonders anfällig für die Herausbildung entsprechender Auffälligkeiten. So gelten beispielsweise die frühe Kindheit und die Pubertät als die beiden Lebensphasen, in denen Kinder besonders vulnerabel sind. Dabei äußern sich diese Auffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter in Form von kognitiven und emotionalen Entwicklungsverzögerungen, einer längeren Trotzphase sowie stärkeren Trennungsängsten, wohingegen in der Pubertät Anpassungsschwierigkeiten eine Rolle spielen (vgl. Lenz, 2008, S.14). Kinder sind gerade während dieser Lebensabschnitte besonders verletzlich, weil sich diese Phasen durch eine Komplexität an Veränderungen auszeichnen, die sowohl biologische, emotionale und kognitive als auch soziale Aspekte beinhaltet.

Inwiefern sich die psychische Erkrankung der Mutter oder des Vaters bei Mädchen oder Jungen unterschiedlich auswirkt, konnte bisher nicht genau geklärt werden. Während Billings & Moos (1983) der Meinung sind, das Ausmaß der Belastung sei für beide Geschlechter in etwa gleich (vgl. Lenz, 2008, S.14), gehen andere Studien davon aus, dass die Töchter depressiver Mütter vulnerabler für die Ausbildung einer psychischen Störung als Jungen sind. Eine Studie von Davies & Windle (1997) wiederum besagt, dass Jungen mit einer depressiven Mutter vor allem während der Schulzeit verletzbarer sind, Mädchen hingegen während der Zeit der Pubertät (vgl. Lenz, 2008, S. 14). In dieser Altersstufe sind die Mädchen besonders sensibel für familiäre Schwierigkeiten.

Es liegen Forschungsergebnisse vor, die darauf hin deuten, dass sich die Krankheit der Mutter gravierender auf die Entwicklung der Kinder auswirkt als die Erkrankung des Vaters (vgl. Lenz, 2008, S.14). Dies bestätigen auch Remschmidt und Mattejat (1994, S.38) im Hinblick auf die Erkrankungen Depression und Schizophrenie. Außerdem kommen sie zu dem Ergebnis, dass sich die schizophrene Erkrankung der Mutter stärker auf die Söhne als auf die

Töchter auswirkt. Söhne, die von schizophrenen Müttern erzogen wurden, weisen häufiger auffällige dissoziale Verhaltensweisen und mehr Rückzugstendenzen auf. Zudem seien sie leichter erregbar (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994, S. 38).

Dass in der Forschung vor allem von den Müttern und ihrem Einfluss auf die kindliche Entwicklung gesprochen wird, liegt aber auch an einer z.T. recht einseitigen Forschung, in welcher Männer einfach noch nicht umfassend in den Fokus genommen wurden. Zudem gilt einerseits zu beachten, dass im Durchschnitt mehr Frauen an einer Depression erkranken als Männer und andererseits mehr schizophrene Frauen Kinder bekommen, während schizophrene Männer oftmals keine Familie gründen (vgl. Lenz, 2008, S. 14).

### **3.4 Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung**

Für die Entwicklung der Kinder spielt ein weiterer Umweltfaktor eine wichtige Rolle. Hierbei handelt es sich um die Art und Weise, wie die Eltern und andere Familienmitglieder mit der Krankheit umgehen bzw. welche Strategien sie haben, um diese zu bewältigen. Zum Belastungsfaktor für die Kinder wird dieser Umweltfaktor dann, wenn

1. weder der kranke noch der gesunde Elternteil die Krankheit akzeptieren kann und stattdessen versucht wird, die Tatsachen zu leugnen, in Passivität zu flüchten oder sich ganz zurückzuziehen, sodass keine Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihren Folgen für die Familie stattfindet,
2. es den Eltern nicht gelingt, ihr Leben, trotz Krankheit, zu organisieren und die anfallenden Aufgaben angemessen zu verteilen, die alltäglichen Anforderungen in Beruf oder Schule an die Problematik anzupassen und auf möglicherweise nötige Unterstützungsressourcen (soziale Netzwerke oder/und informelle Hilfe) zurückzugreifen und
3. professionelle Hilfe durch Psychiatrie, Jugendhilfe oder andere Institutionen ausbleibt bzw. eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen unmöglich ist (vgl. Lenz, 2008, S.13).

Es wird also ersichtlich, dass je nach Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung durch die Eltern der Belastungsfaktor für die kindliche Entwicklung entsprechend steigt oder sinkt.

Doch oftmals erweist es sich für den erkrankten Elternteil mehr als schwierig, offen über die Problematik zu sprechen. Besonders die Mütter sind in der Regel wie betäubt durch Scham- und Schuldgefühle, die sie empfinden, weil sie merken, dass sie ihre Aufgaben nicht mehr erledigen können. Und auch der gesunde Elternteil versucht oft, so wenig wie möglich über die Krankheit seines Partners oder seiner Partnerin zu offenbaren und verstrickt sich stattdes-

sen oftmals in Verschleierungen oder Beschönigungen. Hier steht meist einerseits das Bedürfnis, die Kinder vor Vorurteilen, Stigmatisierungen und ggf. sozialem Ausschluss zu schützen, andererseits aber auch die Angst, die Kinder könnten bei einer Offenbarung der Problematik Verachtung für den erkrankten Elternteil empfinden. Auch die Kinder trauen sich oftmals nicht, ihren Eltern die Fragen zu stellen, die sie bewegen, weil sie einerseits fürchten, sie würden ihren Eltern damit zur Last fallen und weil sie andererseits Angst vor einer Schuldzuweisung haben. Daraus ergibt sich eine Ambivalenz der Kinder zwischen einerseits dem Wunsch, dass alles normal bleibt und nicht durch ein eventuelles Gespräch aufgerüttelt wird, und andererseits dem Drang, endlich die Wahrheit zu erfahren. In Folge eines solchen Verhaltens tritt eine Tabuisierung innerhalb der Familie bezüglich der psychischen Erkrankung des Elternteils auf. Der Kontakt zu externen Personen, welche nicht in der Situation gefangen sind, könnte eine wichtige Hilfsquelle darstellen, doch auch dies bleibt meist aus, weil die Kinder entweder intuitiv empfinden, dass sie über die familiäre Problematik nicht sprechen sollten oder die Eltern direkt ein entsprechendes Verbot ausgesprochen haben.

Infolge dessen wird die psychische Erkrankung des Elternteils oftmals wie ein Geheimnis, welches nur die Familie angeht, behütet. Dadurch bekommt die ganze Problematik den Anschein des „Unheimlichen“.

Bei dem Kind entsteht durch dieses Schweigegelübde ein innerer Zwiespalt, geprägt von Loyalitätskonflikten. Einerseits will es die Familie nicht verraten, andererseits gibt es Freunde, Verwandte, Großeltern usw., die alle merken, dass etwas auf ihm lastet und die es auch nicht anlügen möchte. Eine weitere Folge, die sich aus der Tabuisierung ergibt, ist ein daraus resultierendes Informationsdefizit, die ganze Familie betreffend. Da auf soziale Netzwerke und Hilfesysteme nicht zurück gegriffen wird, bleiben für die Betroffenen nur Vermutungen, eigene Interpretationen und möglicherweise voreilige oder sogar falsche Schlussfolgerungen. Die Kinder haben, ihrem Alter entsprechend, mehr oder weniger diffuse Vorstellungen, was die Krankheit der Mutter oder des Vaters betrifft. Insbesondere jüngere Kinder glauben oftmals, Stress, Überforderung und Druck, vor allem in der Familie, haben diese Störung ausgelöst, weswegen sie sich in der Regel eine Teilschuld einräumen. Ein kurzer Auszug aus einem Erfahrungsbericht einer betroffenen Tochter, die aus heutiger Sicht ihre Kindheitserlebnisse in Bezug auf ihre psychisch kranke Mutter reflektiert, soll diese Schuldgefühle veranschaulichen (siehe Anhang, Interview1). Die logische Konsequenz des Informationsdefizits ist ein Unwissen, welches wiederum Ängste und Verzweiflung bei den betroffenen Kindern verursacht, da alles, was unerklärbar scheint, Angst macht. Ältere Kinder beschäftigt zum Beispiel oft die Angst, ebenso zu erkranken wie der betroffene Elternteil. Aus diesem Grund wirken sie teilweise sehr beunruhigt, wenn sie an sich Verhaltensweisen erkennen, die auch dem erkrankten Elternteil eigen sind. (vgl., Lenz, 2008, S. 32 f.). Auch hier soll ein Auszug aus einem Erfahrungsbericht von einer betroffenen Tochter, die heute auf ihre Er-

lebnisse zurückblickt, zur Veranschaulichung der Problematik dienen (siehe Anhang, Interview 2).

### **3.5 Der Einfluss der elterlichen Erkrankung auf den Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen**

Die elterliche Erkrankung hat zahlreiche Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner kognitiven Leistungs- und Fähigkeitsbereiche. Entwicklung wird hierbei als ein Lernprozess verstanden, „der sich über die gesamte Lebensspanne – vom Kleinkindalter bis zum späteren Erwachsenenalter – erstreckt und im Kontext realer Anforderungen zum Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzen führt, die zur konstruktiven und zufriedenstellenden Bewältigung des Lebens notwendig sind“ (Lenz, 2008, S. 15).

Zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit gehört der Aufbau sicherer, stabiler und organisierter Bindungen. Im Kindergartenalter erfolgen erste Ablösungsschritte und die erste Integration in eine Gleichaltrigen-Gruppe findet statt. Die mittlere Kindheit ist geprägt von dem Ausbau des sozialen Umfeldes und der Identifikation mit den Eltern sowie anderen Bezugsgruppen. Im Jugendalter spielt letztlich die emotionale Unabhängigkeit von den Eltern die entscheidende Rolle, ebenso wie der Aufbau neuer und reifer Beziehungen, auch zum anderen Geschlecht.

Die Kinder psychisch kranker Eltern können die Entwicklungsaufgaben oftmals nicht angemessen bewältigen. 20 bis 30 % der Kinder mit einer psychisch schwer erkrankten Mutter (Schizophrenie, unipolare oder bipolare Depression) scheitern an der Entwicklungsaufgabe, eine sichere Bindung zu ihr als primärer Bezugsperson herzustellen. Es findet keine angemessene Ausbildung des Explorationsbedürfnisses statt, sodass derartig belastete Kinder oft ihre Neugierde verlieren und damit die Lust, ihre Umwelt zu erkunden. Dies führt dazu, dass diese Kinder in für sie unbekannten Situationen kaum auf andere Personen zugehen. Tun sie es doch, verhalten sie sich verängstigt und vorsichtig. Im Kindergartenalter kommt es nicht zu den erwähnten Ablösungsschritten, weil die betroffenen Kinder auch hier wieder ängstlich wirken. Sie trauen sich nicht, mit den anderen Kindern zu spielen und bleiben stattdessen lieber fern von der Gruppe, für sich allein (vgl. Lenz, 2008, S.16). Die beeinflusst dann auch das Verhalten im Jugendalter.

Auch in Bezug auf die Ausbildung der kognitiven und emotionalen Fertigkeiten hat die elterliche psychische Krankheit (insbesondere, wenn die Mutter der erkrankte Elternteil ist) Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. Remschmidt und Matthejat (1994, S.20f.) stellen fest, dass bei Kindern schizophrener Eltern Störungen in der Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung entstehen können. Im emotionalen Bereich beschreiben sie die Kinder schizophrener Eltern als stressanfällig, ängstlich, leicht erregbar, stimmungslabil

und frustrationsintolerant. Außerdem stellen sie bei diesen Kindern Störungen im Sozialverhalten, wie Aggressivität und soziale Isolation, fest.

Auch bei Kindern depressiver Mütter stellen Remschmidt und Mattejat (1994, S. 68ff.) Auffälligkeiten fest. Die Kinder sind emotional unsicher gebunden, neigen zu Aggressivität, weisen Aufmerksamkeitsprobleme auf, verfügen über ein niedriges Selbstwertgefühl, zeigen selbst depressive Verstimmungen und haben kaum Freunde. Als Gründe für diese Auffälligkeiten bei Kindern mit depressiven Müttern nennen Remschmidt und Mattejat:

1. Sie können eine adäquate Kommunikation mit ihren Kindern nicht dauerhaft durchhalten und
2. es gelingt ihnen aufgrund ihrer eigenen Befangenheit nicht, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erfüllen.

Dies führt dazu, dass sich die Kinder ein negatives Selbstbild entwerfen. Außerdem ist sich die Forschung einig darüber, dass im Vergleich zu einer Gruppe von Kindern mit „gesunden“ Eltern besonders die verbalen Fähigkeiten von Kindern depressiver Mütter stark negativ beeinflusst werden. Wichtig an dieser Stelle ist es festzuhalten, dass das Ausmaß der Beeinträchtigung immer in Abhängigkeit von der Art der Interaktion zwischen depressiver Mutter und Kind zu sehen ist. Bei einer schizophrenen Erkrankung hingegen scheinen die Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung vor allem im schulischen Bereich gravierender zu sein. Demnach erreichen Kinder schizophrener Eltern in der Regel schlechtere Schulleistungen als Kinder depressiver Eltern (vgl. Lenz, 2008, S.16f).

### **3.6 Die Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern**

Psychisch kranke Eltern sind oftmals in ihrer Erziehungsfähigkeit eingeschränkt, was zu einer weiteren Belastung für die betroffenen Kinder führt. Erziehungsfähigkeit umfasst die Fähigkeit der Eltern, das Bedürfnis des Kindes nach Existenz („existence“), sozialer Bindung und Verbundenheit („relatedness“) sowie nach Wachstum („growth“) zu garantieren und sicherzustellen (vgl. Lenz, 2008, S. 17).

Diese drei Grundbedürfnisse bedingen sich gegenseitig und sind in ihrer Wirkung voneinander abhängig. Je nach Altersstufe und Entwicklungsstand des Kindes variiert die Bedeutung der einzelnen Bedürfnisse. So ist im Säuglingsalter die Fürsorge das primäre Bedürfnis, während in der Pubertät die Autonomie von immenser Bedeutung ist. Wie groß das Bedürfnis nach Autonomie oder Fürsorge bei den Kindern ist, steht in Abhängigkeit zu den jeweiligen

Entwicklungsstadien, die sie durchlaufen und muss von den Eltern immer wieder neu ins Gleichgewicht gebracht werden, um es erfüllen zu können.

### Das Bedürfnis nach Existenz

Dieses Bedürfnis enthält die Grundvoraussetzungen für eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung. Dies beinhaltet:

1. die Garantie einer optimalen Ernährung (regelmäßig, gesund und genügend) sowie der Körperpflege und des Einhaltens eines angemessenen Wach – Ruhe – Rhythmus,
2. den Schutz vor bedrohlichen Situationen oder schädlichen Einflüssen, nicht erst nach der Geburt, sondern bereits davor und währenddessen und
3. die Abwehr von jedweder Gewalt, sowohl physisch als auch psychischer Natur, sowie der Schutz davor.

Während des Säuglings –und Kleinkindalters müssen die Eltern bedingungslos für diese Grundvoraussetzungen aufkommen. Die Kinder sind in diesem Alter noch nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse klar zu formulieren. Die einzigen Mittel, die ihnen zur Verfügung stehen, um ihre Unzufriedenheit auszudrücken, sind Weinen und unruhiges Verhalten. Diese absolute Abhängigkeit der Kinder ändert sich mit dem Erwerb der Sprache, welche ihnen ermöglicht, Bedürfnisse klar zu äußern oder gemeinsam mit den Eltern Vereinbarungen auszuhandeln. Hinzu kommt, dass sie mit zunehmendem Alter immer mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse selbst zu erfüllen. Die eigene Bedürfniserfüllung sowie das Aufschieben bzw. Zurückstellen bestimmter Wünsche oder Anliegen gehören zu den Entwicklungsaufgaben des Kindes. Diese werden somit erst nach und nach gelernt (vgl. Lenz, 2008, S. 17f.).

### Das Bedürfnis nach sozialer Bindung

Voraussetzung für die Erfüllung dieses Bedürfnisses ist, dass das Kind während seines Heranwachsens eine dauerhaft bestehende und liebevolle Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson erlebt. Die primäre Bezugsperson sollte dabei emphatisch auf das Kind einwirken, grundsätzlich verfügbar und verlässlich sein. Auch das Kind ist als aktiver Beziehungspartner zu beschreiben, da es die Beziehung durch sein Temperament, seine Ausdrucksfähigkeit und seine Gefühlsregulation mitgestaltet.

Eine optimale Bindung des Kindes zu seinen Bezugspersonen während der ersten Jahre wird dadurch erreicht, dass die Bezugspersonen die grundlegenden psychischen und physischen Bedürfnisse des Säuglings bzw. Kleinkindes erfüllen. Diese Bindung sichert nicht nur das Überleben des Kindes, durch sie sammelt es auch Erfahrungen, die maßgeblich über sein weiteres Bindungsverhalten bestimmen und darüber entscheiden, wie das Kind später mit

anderen Menschen umgehen wird. Außerdem vermitteln die Bezugspersonen in ihrer Beziehung zu dem Kind Wissen und Fertigkeiten. Auch das Explorationsverhalten, also der Wunsch des Kindes, seine Umwelt zu erkunden, wird durch eine positive Bindung begünstigt, ebenso wie die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten. Das Kind entwickelt Neugierde, Dinge zu entdecken und selbstständig herauszufinden nur, weil es sicher ist, dass es sich auf seine Bezugspersonen verlassen kann. Da es keine Angst haben muss, allein zurückgelassen zu werden, kann es sich auf die Erkundung der Umwelt konzentrieren, anstatt immer in unmittelbarer Nähe der Bezugspersonen zu bleiben, aus Furcht, sie könnten sonst nicht mehr da sein. Das Bindungsverhalten des Kindes bleibt jedoch nicht über alle Lebensphasen hinweg gleich, im Gegenteil. Es verändert sich stets, was wiederum eine ständige elterliche Anpassung an das kindliche Beziehungsverhalten erforderlich macht. Mit zunehmendem Alter werden Beziehungen zu Peers immer wichtiger. Vor allem im Jugendalter treten die Beziehungen zu Freunden und Gleichaltrigen in den Vordergrund. Dies hat zur Folge, dass sich die Jugendlichen von ihren Eltern abgrenzen, was jedoch keinem Beziehungsabbruch gleichkommt, denn für sie bleibt die Beziehung zu den Eltern die emotionale, Rückhalt bietende Basis.

Das Bedürfnis des Menschen nach sozialer Bindung schließt auch das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Freundschaft und kultureller Kontinuität ein. Als persönlichkeitsfördernd sind auf gegenseitigem Respekt begründete zwischenmenschliche Beziehungen, gemeinschaftlich getragene Werte und Normen aber auch die Auseinandersetzung mit anderen zu betrachten. Dies fördert die soziale Verantwortung und stärkt die Persönlichkeit (vgl. Lenz, 2008, S.18).

#### Das Bedürfnis nach Wachstum

Als Voraussetzung für die gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes sind kognitive, emotionale, ethische und soziale Erfahrungen zu betrachten. Sie werden über Spiel und Leistung vermittelt. Dabei gilt zu beachten, dass das Kind den Anforderungen umso besser gerecht werden kann, je mehr eben diese seinem aktuellen Entwicklungsstandpunkt entsprechen. Vor allem für die gesunde Entwicklung des Explorationsverhaltens brauchen die Kinder, wie bereits erwähnt, eine bedürfniserfüllende, fordernde und ermutigende Umwelt. Hier ist es wichtig, dass die Bezugspersonen ihr Kind einerseits selbstständig erkunden lassen, andererseits aber auch Grenzen formulieren, welche dem Kind Struktur und Halt vermitteln. Damit die Kinder ihre Neugierde für das Neue nicht verlieren, ist es wichtig, dass sie über Lob und Anerkennung Bestätigung für ihr Verhalten erfahren.

All dies ist für jedes Kind in jeder Altersstufe von immenser Bedeutung. Nur wenn diese Bedürfnisse angemessen erfüllt werden und die Kinder eine sichere Bindung durch die primären Bezugspersonen erfahren, können sie sich optimal entwickeln und ein positives Selbstkonzept entwerfen.

Studien belegen, dass Eltern mit einer schweren psychischen Krankheit teilweise stark in ihrer Erziehungsfähigkeit eingeschränkt sind. Somit können sie ihrem Kind keine optimale Entwicklung garantieren. Hierbei sind vor allem die Einschränkungen psychisch kranker Eltern in bindungsrelevanten Fragen von Bedeutung. Derartig belasteten Eltern fällt es teilweise schwer, ihren Kindern gegenüber liebevoll, einfühlsam und emphatisch zu sein. Es gelingt ihnen oft nicht, die Signale des Kindes richtig zu deuten und entsprechend zu reagieren. Vor allem schizophren und depressiv erkrankte Eltern reagieren vorübergehend oder ständig gar nicht oder erst viel zu spät auf die Bedürfnisse des Kindes. In diesen Störungsbildern lässt sich ein Risikofaktor für die kindliche Bindungsentwicklung vermuten (vgl. Lenz, 2008, S.18ff). Die Kinder von derartig belasteten Eltern sind öfter unsicher gebunden, auch wenn diese Entwicklung erst im zweiten bis dritten Lebensjahr deutlich werden kann (vgl. Brisch, 1999, S.76). Die depressiv oder schizophren erkrankten Eltern können kaum eine emotionale Beziehung zu dem Kind aufbauen. Sie ziehen sich entweder aus der Beziehung zurück und brechen auch die Kommunikation ab oder zeigen dem Kind gegenüber ein übertrieben fürsorgliches oder bevormundendes Verhalten. Dieses überstimulierende oder emotional distanzierte Interaktionsverhalten, insbesondere von der erkrankten Mutter, kann eine Vermeidung des Blickkontaktes und ein Rückzugsverhalten des Kindes bewirken, welches sich an einem geringen Ausmaß an Affekten äußert. Dieses frühkindliche Rückzugsverhalten ist auf Bindungsstörungen zurückzuführen und kann ein erstes Indiz auf eine nicht altersangemessene sozial-emotionale Entwicklung des Kindes sein (vgl. Wiegand u.a., 2009, S.112). Das Verhalten psychisch kranker Eltern ist überwiegend geprägt von dem Drang, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Da bleibt kaum Zeit, sich auf die Wünsche und Anliegen einer anderen Person zu konzentrieren. Stattdessen verhalten sie sich dem Kind gegenüber oftmals abweisend und feindselig. Es ist auch durchaus möglich, dass das Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kindern extremen Schwankungen unterliegt. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der an einer bipolaren Depression erkrankte Elternteil von der Manie in die Depression fällt.

Während bei depressiv erkrankten Eltern außerhalb der depressiven Phase kaum Einschränkungen hinsichtlich ihrer bindungsrelevanten Fähigkeiten zu verzeichnen sind, haben schizophren erkrankte Elternteile besonders Schwierigkeiten damit, ihren Kindern angemessene Problemlösungsstrategien und soziale Kompetenz zu vermitteln.

Allerdings ist bei depressiv erkrankten Eltern häufiger von einem strengen und inkonsistenten Erziehungsstil die Rede. Depressive Mütter betrachten sich, aufgrund ihres negativen Selbstkonzeptes, als schlechte Mütter und fühlen sich der Aufgabe, ein Kind zu erziehen, nicht gewachsen. Außerdem fehlt ihnen häufig die Kraft, ihre Kinder zu unterstützen.

Wenn ein Elternteil unter einer dissozialen Persönlichkeitsstörung leidet, bedeutet dies ebenfalls eine Einschränkung in der Erziehungsfähigkeit und dies wiederum hat negative Folgen für die Entwicklung des Kindes (vgl. Lenz, 2008, S. 20).



Auch die Erziehungsfähigkeit des gesunden Elternteils wird oftmals durch die Erkrankung des anderen Elternteils beeinträchtigt. Da der gesunde Elternteil oftmals allein für die Versorgung der Familie, den Haushalt und den Lebensunterhalt aufkommen muss, hat er meist weder die Kraft noch die Zeit für eine emotionale Unterstützung des Kindes oder der Kinder (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.207).

Abschließend ist festzuhalten, dass psychisch kranke Eltern ihren Kindern oftmals keine sichere Bindung vermitteln können. Da eine sichere bzw. unsichere Bindung aber zum Schutz-bzw. Risikofaktor für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen werden kann, sind Kinder aus derartig belasteten Familien folglich umso anfälliger für die Ausbildung gleicher Erkrankungen (vgl. Brisch, 1999, S. 77). Brisch (1999, S.77) vermutet, dass sicher gebundene Kinder resistenter Belastungen gegenüber sind, während unsicher gebundene Kinder vulnerabler sind (ausführliche Informationen über die Thematik der Bindungstheorie sind zum Beispiel in den Werken von Bowlby nachzulesen, einem der berühmtesten Bindungstheoretikern).

### **3.7 Vernachlässigung und Misshandlung**

Das Wohl eines Kindes psychisch kranker Eltern(-teile) kann durch verschiedene Ursachen gefährdet werden. Hierzu zählen zum Beispiel die Vernachlässigung und die (psychische) Misshandlung.

Von einer Vernachlässigung ist dann die Rede, wenn es zu einer dauernden oder wiederholten Unterlassung fürsorglichen Handelns durch die sorgeverantwortliche(n) Person(n) kommt, sodass die physische und psychische Versorgung des Kindes nicht gewährleistet ist. Hier gilt es zwischen körperlicher, erzieherischer und emotionaler Vernachlässigung zu unterscheiden. Von körperlicher Vernachlässigung ist die Rede, wenn die Kinder nicht ausreichend ernährt und wenn nötig medizinisch versorgt werden, sie in schlechten Wohnverhältnissen leben müssen, ihnen die eigene Körperhygiene verwehrt bleibt und wenn ihnen keine saubere Kleidung zur Verfügung gestellt wird.

Erzieherische Vernachlässigung beinhaltet die Unfähigkeit der Eltern, ihren Kindern angemessene und für ihre Entwicklung förderliche Sorgeberechtigte zu sein. Dies ist der Fall, wenn die Eltern nicht mit ihren Kindern kommunizieren, sie ihnen nicht die Möglichkeit bieten, eigene Erfahrungen (z.B. über das Spiel) zu sammeln und wenn sie notwendige erzieherische Einflussnahme, zum Beispiel bei Schul- oder Drogenproblemen oder bei Kriminalität, nicht wahrnehmen.

Emotionale Vernachlässigung bezieht sich letztlich auf einen Mangel an Empathie, Verständnis, Einfühlungsvermögen, Zuneigung und Liebe. Die Eltern ignorieren die Signale ihres Kindes. Es findet keine Beaufsichtigung des Kindes durch die Sorgeberechtigten statt.

Untersuchungen belegen, dass in den meisten Fällen von Kindeswohlgefährdung eine dieser Formen von Vernachlässigung die Ursache war. Im Gegensatz zur körperlichen Vernachlässigung zeichnen sich die anderen beiden Formen durch einen schleichenden Verlauf mit erst allmählich auftretenden Beeinträchtigungen für die Entwicklung der Kinder aus. Vernachlässigung kann, vor allem in den ersten Lebensjahren, auch zum Tod führen (vgl. Lenz, 2008, S. 21).

Verschiedene Untersuchungen belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen vernachlässigenden Eltern und psychischer Störung gibt. So wurden bei vernachlässigenden Eltern erhöhte Depressionswerte sowie ein hohes Maß an kindlichen Traumata beobachtet. Diese Traumata hatten meist etwas mit Gewalt und/oder Verlassen werden zu tun. Zudem wurde Vernachlässigung vorwiegend bei Eltern festgestellt, die zu ihrem Kind keinerlei Emotionalität aufbauen konnten. Außerdem führten Walsh et al. (2000) eine Untersuchung mit 8500 Personen zum Thema psychische Erkrankung der Eltern und eigene Missbrauchserfahrungen durch und stellten fest, dass diejenigen, die ihre Eltern als psychisch krank beschrieben, auch zwei- bis dreifach häufiger Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt hatten als Vergleichsgruppen. Bei misshandelnden Müttern wurden häufig auch Depressionen, Angststörungen oder Borderline - Störungen festgestellt, während bei misshandelnden Vätern oftmals eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (vgl. Lenz, 2008, S. 21). Gestützt wird diese Aussage zudem durch die Ergebnisse eines Forschungsprojektes zum Thema „Kindeswohl zwischen Jugendämtern und Vormundschaftsgerichten“. Eine Fallerhebung bei sechzehn Jugendämtern aus dem gesamten Bundesgebiet ergab, dass bei 57 von 318 (17.9%) Kindern, für die ein Sorgerechtsverfahren wegen Kindeswohlgefährdung eingeleitet worden war, eine erhebliche bis gravierende Belastung der Eltern durch psychische Krankheit eine Rolle gespielt hat (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 25)

In den 70er und 80er Jahren fiel immer häufiger der Begriff der psychischen Misshandlung. 1995 wurde er in den Leitlinien der American Professional Society on Abuse of Children zur Kindesmisshandlung (APSAC) fixiert. Schließlich wurde diese Form der Misshandlung auch im DSM-IV aufgenommen, wo sie unter der Achse V (abnorme psychosoziale Umstände) zu finden ist. Für den Begriff der psychischen Misshandlung eine allgemein gültige Definition zu finden, erweist sich zwar als schwierig, dennoch hat die Definition von APSAC (1995) die größte Verbreitung gefunden. Demnach handelt es sich bei der psychischen Misshandlung um ständig wiederkehrende Verhaltensmuster der bzw. des Sorgeberechtigten oder Vorfälle extremen Ausmaßes, wodurch das Kind zu verstehen bekommt, dass es wertlos,

ungeliebt, voller Fehler, ungewollt oder auch nur dazu da ist, die Bedürfnisse eines anderen zu befriedigen.

Bei der psychischen Misshandlung wird zwischen der aktiven und der passiven Form unterschieden. Die aktive Form ist gekennzeichnet durch abweisendes, ignorierendes Verhalten der Eltern und die passive Form zeichnet sich durch das Vorenthalten der Eltern von, für die Entwicklung des Kindes, wichtigen Erfahrungen aus. Im deutschen Familienrecht wird die psychische Misshandlung als Gefährdung für das Kindeswohl mit berücksichtigt.

Es liegen zwar aktuell keine empirischen Untersuchungen darüber vor, inwiefern psychische Misshandlungen hauptsächlich von psychisch kranken Eltern ausgeübt werden, dennoch bescheinigen die konkreten Erfahrungen aus der Praxis die Relevanz dieser Frage.

Alle Störungen in der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern haben in der Regel den Charakter einer psychischen Misshandlung.

Wie bereits erwähnt, bestehen zwischen den psychisch kranken Eltern und ihren Kindern oftmals große Kommunikations- und Interaktionsprobleme.

Somit deutet vieles daraufhin, dass die psychische Misshandlung die häufigste Form der Kindesmisshandlung in Familien mit psychisch kranken Eltern ist.

Für die Kinder, die unter dieser Form der Misshandlung leiden, bedeutet dies erneut negative Auswirkungen auf ihre Entwicklung.

Auch hier gilt zu bedenken, dass schwierige psychosoziale und ökonomische Lebensbedingungen sowie eine fehlende soziale Unterstützung das Risiko einer Vernachlässigung oder Misshandlung erhöhen. Gleiches gilt, wenn beide Elternteile von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (vgl. Lenz, 2008, S.22f).

### **3.8 Das Erleben psychisch kranker Eltern aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen**

Kinder beobachten ihre Eltern sehr genau und bemerken sofort, wenn sich in deren Verhalten etwas ändert. Sie passen dann ihr Verhalten an. Für die Kinder stellt die psychische Erkrankung eines Elternteils eine große Belastung dar, welche umso größer wird, je länger die Krankheit anhält, je öfter sie wiederkehrt und je stärker ihr Ausmaß ist.

Ein Belastungsfaktor für die Kinder ist, unabhängig von der Art der Erkrankung, die Veränderung des Elternteils in seiner Persönlichkeit. Diese Veränderungen, welche jede akute Krankheitsphase mit sich bringt, führen bei dem Kind dazu, dass es unsicher ist, wie es die kranke Mutter oder den kranken Vater einschätzen soll. Es weiß oftmals nicht genau, ob die psychische Störung nur ein Umstand ist, der den erkrankten Elternteil aktuell begleitet, ihn aber trotzdem in seiner Persönlichkeit nicht verändert, oder ob sich die Persönlichkeit des

oder der Erkrankten durch die psychische Störung grundlegend geändert hat. Manche Kinder fragen sich auch, ob es eine „äußere Macht“ gibt, von der der kranke Elternteil gesteuert wird. Die Erklärungsansätze hängen auch vom jeweiligen Alter des Kindes ab. Ein Auszug aus einem Erfahrungsbericht von der heute erwachsenen Susanne Wunderer über die kindlichen Erfahrungen mit ihrer psychisch kranken Mutter soll diese Gefühle beispielhaft verdeutlichen (siehe Anhang, Interview 3). Derartige Fragen nach der Identität des erkrankten Elternteils stellen sich besonders oft die Kinder von schizophren oder bipolar affektiv erkrankten Eltern, da hier die Veränderungen in der Persönlichkeit am größten sind.

Auf das Verhalten der Eltern reagieren die Kinder sehr unterschiedlich. Einerseits sind sie traurig und enttäuscht darüber, dass sie nicht helfen können, oder dass es der Mutter, dem Vater oder beiden so schlecht geht, andererseits aber auch wütend, weil niemand auf ihre Bedürfnisse und Wünsche eingeht. Was bleibt ist schließlich das Gefühl, nicht geliebt zu werden, unwillkommen zu sein und ungerecht behandelt zu werden.

Hinzu kommt, dass sich die Kinder kaum mit dem erkrankten Elternteil identifizieren können. Dies führt in der Folge oftmals dazu, dass sich insbesondere die älteren Kinder von dem kranken Elternteil abwenden und sich stärker dem gesunden Elternteil zuwenden. Sie suchen immer seltener die Auseinandersetzung mit der kranken Mutter oder dem kranken Vater, stellen ihre Wünsche und Bedürfnisse hinten an und ziehen sich zurück. Auf den ersten Blick wirken diese Jugendlichen in aller Regel kühl, teilnahmslos und unberührt.

Ein häufiges Verhaltensmuster der Kinder ist auch, dass sie den psychisch kranken Elternteil ganz genau beobachten und teilweise sogar kontrollieren, weil es kein berechenbares Verhalten bei dem betroffenen Elternteil gibt. Das Kind kann sich auf nichts Beständiges, gleich Bleibendes verlassen. Immer wieder erlebt es, dass der Elternteil in den verschiedensten Situationen die unberechenbarsten Dinge unternimmt, die es nicht zuordnen kann (vgl. Lenz, 2008, S.24ff.). Die Ängste, die damit verbunden sind, sollen anhand eines weiteren Auszuges aus dem Erfahrungsbericht einer Betroffenen, die ihre Erlebnisse aus heutiger Sicht auf ihre Kindheit reflektiert, veranschaulicht werden (siehe Anhang, Interview 4).

Da verschiedene psychische Erkrankungen oftmals in Schüben ausbrechen und somit zwischen den einzelnen Krankheitsepisoden auch vergleichsweise gesunde Phasen liegen, sehen sich viele Kinder ständig mit der Angst konfrontiert, die psychische Erkrankung könnte bald wieder ausbrechen. Auch hier soll ein Auszug aus einem Erlebnisbericht einer heute erwachsenen Tochter zum Verständnis der Problematik beitragen (siehe Anhang, Interview 5).

### 3.9 Probleme im familiären Alltag

Eine psychische Erkrankung wirkt sich in jedem Fall auf die familiären Alltagstrukturen aus, gleichgültig, welcher Elternteil psychisch erkrankt ist. Allerdings scheint der Alltag stärker beeinträchtigt, wenn es sich um die Mutter handelt, die unter einer solchen Erkrankung leidet. Da sie es in der Regel ist, die die häuslichen Pflichten erledigt und die Familie mit Nahrung versorgt, brechen mit dem krankheitsbedingten Ausfall der Mutter oftmals jegliche familiäre Strukturen zusammen. Für die Kinder ist es ein großer Verlust, wenn die Mutter morgens nicht mehr mit aufsteht oder mittags schon wieder vor Erschöpfung ins Bett geht.

Die unerledigten Aufgaben werden dann auf die restliche „gesunde“ Familie verteilt. Hierbei stellt der gesunde zweite Elternteil eine wichtige Unterstützung für die gesamte Familie dar. Schwieriger wird die Situation dann, wenn es keinen zweiten Elternteil zur Unterstützung mehr gibt und die Kinder mit der erkrankten Mutter oder dem erkrankten Vater allein im Haushalt leben. Dann müssen meist die Kinder die Arbeit übernehmen, zu welcher der erkrankte Elternteil nicht mehr fähig ist. Dazu gehören unter anderem die Erledigung der Einkäufe und der häuslichen Pflichten sowie die Betreuung der jüngeren Geschwister, falls es welche gibt. Die Kinder fühlen sich verpflichtet, diese Aufgaben zu übernehmen. Sie versuchen mit all ihren Kräften eine mögliche Klinikeinweisung des Elternteils zu verhindern.

Kommt es jedoch dennoch zu einer solchen Klinikeinweisung, zieht dies in der Regel vor allem für die jüngeren Kinder erhebliche Veränderungen nach sich. Nicht nur die Sorge um die kranke Mutter oder den kranken Vater belastet die Kinder, oftmals werden sie während der Abwesenheit des Elternteils bei Familienangehörigen untergebracht oder eine fremde Person zieht währenddessen ein und übernimmt für diese Zeit die Rolle des Sorgeberechtigten. Dies bedeutet für die Kinder nicht nur ein neues Umfeld bzw. eine fremde Person, sondern auch das Einstellen auf neue Regeln und Rituale. Hinzu kommt, dass die Kinder in dieser Zeit oftmals von Ängsten und großen Unsicherheiten geplagt werden, weil sie die Situation nicht einschätzen können und um den Verlust der Mutter oder des Vaters fürchten.

Auch nach dem Klinikaufenthalt des erkrankten Elternteils kann sich die Situation nicht entspannen. Aus Angst vor Rückfällen entwickeln die Kinder eine ständige Vorsicht. Sie versuchen ihre Eltern auf keinen Fall in irgendeiner Form zu belasten, was zwangsläufig dazu führt, dass sie all ihre Bedürfnisse zurückstellen. Diese belastenden Umstände wirken sich vor allem auf die jüngeren Kinder negativ aus, da sie noch keine Möglichkeit haben, sich diesen Strukturen zu entziehen bzw. sie von den Eltern noch zu abhängig sind.

Natürlich kann eine Klinikeinweisung des erkrankten Elternteils, vor allem für die älteren Kinder, auch als Entlastungsmoment erlebt werden, weil sich endlich professionelle Fachleute um den Elternteil kümmern und weil so einmal Ruhe in den familiären Alltag einkehren kann (vgl., Lenz, 2008, S. 26f).

### 3.10 Schwierige Familienbeziehungen

Wenn in einer Familie ein Elternteil psychisch erkrankt ist, verändern sich in aller Regel auch die Beziehungen der einzelnen Familienangehörigen zu einander.

Oftmals kommt es zu einer Generationsgrenzenstörung, was bedeutet, dass es keine klare Rollentrennung mehr zwischen Kind und Elternteil gibt. In diesem Zusammenhang spielt die sogenannte Parentifizierung eine entscheidende Rolle. Sie beinhaltet die Rollenumkehr zwischen Kind und Elternteil und kommt in den meisten Familien mit psychisch kranken Eltern(-teilen) vor. Dies betrifft zwar auch schon die jüngeren Kinder, aber vor allem die Jugendlichen. Das Kind übernimmt verschiedene elterliche Pflichten, wie zum Beispiel hauswirtschaftliche Aufgaben, das Managen der Finanzen oder die Betreuung der Geschwister, während der Elternteil die unbeholfene Rolle des Kindes übernimmt und sich mit all seinen Bedürfnissen und Wünschen an das parentifizierte Kind wendet. Die Erfahrungen der heute erwachsenen Susanne Wunderer über ihre Rolle als Tochter einer psychisch kranken Mutter und ihre damit verbundenen Gefühle sollen das Phänomen der Parentifizierung veranschaulichen (siehe Anhang, Interview 6). Oftmals ist es jedoch nicht nur so, dass der kranke Elternteil seine Bedürftigkeit dem Kind gegenüber äußert. Auch der gesunde Elternteil sucht oft im Kind eine Vertrauensperson, da der Partner oder die Partnerin nicht mehr zur Verfügung steht. Somit bekommt das Kind eine Verantwortung aufgebürdet, welche sich zu einer enormen Belastung entwickeln kann.

Häufig passiert es auch, dass das Kind in die Konflikte der Eltern mit einbezogen wird, indem es zum Beispiel Stellung für einen oder beide Elternteil/e beziehen soll oder eine Entscheidung von ihm erwartet wird, die zu treffen es nicht in der Lage ist. Um diese Vermittlerrolle zu beschreiben, sollen hier die Erfahrungen von der heute erwachsenen Frau P. angefügt werden (siehe Anhang, Interview 7). Für das Kind stellt diese Situation eine furchtbare Belastung dar, denn da es beide Elternteile gern hat, kann es sich unmöglich für einen von beiden entscheiden bzw. einem in den „Rücken fallen“. Es entstehen riesige Loyalitätskonflikte in dem Kind.

Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil müssen öfter mit Trennungssituationen umgehen als andere Kinder. In solchen Situationen übernehmen die Kinder häufig die Aufgabe, den übrig gebliebenen Elternteil zu unterstützen. Außerdem nehmen sie oftmals die Rolle des Trösters ein, der sich die Wut, Trauer und Enttäuschung des verlassenen Elternteils anhören muss, obwohl die eigenen Gefühle noch nicht einmal verarbeitet werden konnten. Nach der Trennung der Eltern müssen die Kinder oftmals die Rolle des verlorenen Partners einnehmen.

In Folge dieser Rollenverschiebung merken die Kinder oftmals, dass sie nicht in der Lage sind, die Anforderungen, die an sie gestellt werden, zu erfüllen. Abgesehen davon, dass dadurch bei den Kindern eine große Wut über das eigene Versagen hervorgerufen wird, werden

die Kinder oftmals auch zum Sündenbock ihrer Eltern deklariert, weil auch diese wütend darüber sind, dass ihre Erwartungen nicht erfüllt werden.

Die Übernahme der elterlichen Rolle bedeutet für die Kinder den Verlust ihrer Kindheit. Sie können es sich nicht mehr leisten, spontan, sorglos und lebhaft zu sein. Die Aufgaben, die sie aufgebürdet bekommen, erlauben ein solches Verhalten nicht.

In den Kindern entsteht ein großes Gefühlschaos, welches sie kaum bewältigen können. Einerseits erfahren sie sich als wichtige Person im familiären Gefüge und genießen ihre Verantwortung, andererseits quälen sie sich mit den Gedanken, den Ansprüchen und Erwartungen nicht gerecht werden zu können. Oftmals bilden diese Kinder in der Folge Verhaltensauffälligkeiten und Störungen aus (vgl. Lenz, 2008, S. 28ff). Bei parentifizierten Kindern sind oft soziale Probleme zu beobachten. So sind sie meist kontaktscheu, leiden unter Leistungsproblemen und haben soziale Ängste. Andere Kinder mit dieser Problematik entwickeln, als Reaktion auf den familiären Druck und die hohen Anforderungen, ein zwanghaftes Erfolgs- und Perfektionsstreben und setzen sich dabei wiederum unter einen enormen Druck. Die Rede ist dann von sogenannten „workaholic children“ (Robinson, 1999, z.n. Lenz, 2008, S. 30).

### **3.11 Der Mangel an sozialer Unterstützung**

Soziale Netzwerkbeziehungen haben viele verschiedene Funktionen. Vor allem unterstützen sie die Gesundheit des Menschen, sowohl physisch als auch psychisch, da sie eine Ressource zur aktiven Problembewältigung und somit Vermeidung von Belastungen darstellen. In diesem Zusammenhang dienen sie in Krisenzeiten als Puffer, mildern schwierige Lebenssituationen und stellen einen Schutz gegenüber Stress dar. Außerdem haben sie einen positiven Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden des Menschen, da er durch sie seine sozialen Bedürfnisse, wie Sicherheit, Geborgenheit, Zugehörigkeit, Rat, Rückhalt und Vertrauen erfüllen kann.

Wenn von sozialer Unterstützung die Rede ist, muss zwischen emotionaler, informatorischer und instrumenteller Unterstützung unterschieden werden. Unter emotionaler Unterstützung sind alle Verhaltensweisen von anderen Personen gemeint, die sich auf die direkte Belastungssituation der oder des Betroffenen beziehen. Hierzu zählen zum Beispiel das aktive Zuhören, das Zeigen von Empathie und Mitgefühl sowie das Trösten.

Informatorische Unterstützung meint hingegen die Hilfe durch Rat und Information, sodass der oder die Betroffene Ideen bekommt, wie er bzw. sie die Krisensituation bewältigen kann. Unter instrumenteller Unterstützung wird der direkte Einfluss auf die Belastungssituation verstanden, zum Beispiel durch materielle Hilfe.

Mit Hilfe der sozialen Unterstützung können die individuellen Bewältigungsstrategien einer Person verstärkt werden. Außerdem fördert sie die Fähigkeit des Individuums, Fehler im eigenen Coping-Verhalten zu korrigieren (vgl. Lenz, 2008, S.35f.).

Für die Kinder psychisch kranker Eltern existieren oftmals keinerlei Bezugspersonen, von denen sie entsprechende Unterstützung bekommen könnten. Als Grund hierfür ist zum einen die Tabuisierung zu erwähnen, die oftmals in den betroffenen Familien „verhängt“ wird (siehe Kapitel 2.4). Hinzu kommt, dass die Kinder in der Regel mit so vielen verschiedenen Gefühlen, wie Angst, Wut, Verzweiflung, Enttäuschung, Rollenumkehr, Verantwortung und Verpflichtung, beschäftigt sind, dass ihnen häufig schlichtweg die Kraft fehlt, soziale Kontakte zu knüpfen und sie entsprechend zu pflegen. Diese Kinder haben keine Zeit für anderweitige Kontakte, da sie der Meinung sind, sie können ihre Familie auf keinen Fall allein lassen. So wird auch dem kleinen sozialen Beziehungsgeflecht, welches betroffene Kinder trotz allem in der Regel haben, keine große Beachtung geschenkt.

Ein soziales Netzwerk allein reicht jedoch nicht aus, um Probleme und Krisensituationen bewältigen zu können. Erst wenn die betroffene Person in der Lage ist, auf die zur Verfügung stehende Ressource zurückzugreifen, kann eine erfolgreiche Bewältigung stattfinden. Dies bedeutet, dass das soziale Netzwerk zunächst mobilisiert werden muss. Diese Mobilisierung kann die betroffene Person durch sämtliche Verhaltensaktivitäten erreichen, die dem sozialen Umfeld vermitteln, dass sie ein Problem hat, bei dessen Bewältigung sie Hilfe braucht. Dabei kann das Signalisieren von Hilfe einerseits über die Sprache geschehen, andererseits aber auch durch entsprechende Mimik oder Gestik erreicht werden. Unter dem Mobilisierungsverhalten versteht Lenz „die Weiterentwicklung der kindlichen Suche nach Nähe zur Bindungsfigur“ (Lenz, 2008, S.36), wobei die Wahrnehmung erhaltener Unterstützung mit dem Gefühl von Sicherheit gleichzusetzen ist, das bei dem Kind vor allem durch den Kontakt mit der Mutter entsteht. In seiner Beziehung zur Mutter lernt das Kind, ob es Unterstützung erfährt, wenn es sie einklagt, oder ob seine Bitten unbeantwortet bleiben. Bleibt die geforderte Unterstützung aus, wird es sie bald nicht mehr einklagen. Diese gesammelten Erfahrungen projiziert das Kind später auch auf andere Beziehungen. Verschiedene Studien konnten einen Zusammenhang zwischen dem individuellen Bindungsstil einer Person und seiner Bereitschaft zur Suche nach Unterstützung feststellen. So konnte bei sicher gebundenen Kindern ein selbstständiges Hilfeverhalten beobachtet werden. Diese Kinder wissen genau, wann sie für die Bewältigung bestimmter Probleme Hilfe in Anspruch nehmen müssen und wann sie allein mit der Situation fertig werden. Dabei sind sie in der Lage, selbstständig und aktiv nach dieser Unterstützung durch das soziale Netzwerk zu suchen. Unsicher gebundene Kinder hingegen neigen dazu, entweder zu viel oder zu wenig nach Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen und auch unsicher - vermeidende Kinder zeigen in Belastungssituationen verstärkt Rückzugstendenzen, was darauf zurückzuführen ist, dass diese Kinder auch von ihrer primären Bezugsperson stets Zurückweisung erfahren mussten. Diese



Kinder machen maximal indirekt oder unbeabsichtigt auf ihren Unterstützungsbedarf aufmerksam. Die unsicher- ambivalent gebundenen Kinder zeichnen sich schließlich in ihrer Suche nach Unterstützung durch ein hartnäckiges, zum Teil einforderndes Verhalten aus. Die inkonsistenten Beziehungserfahrungen, die diese Kinder sammeln mussten, führten dazu, dass sich die betroffenen Kinder einer positiven Antwort durch ihre Bezugsperson(en) niemals sicher sein konnten (Ausführliche Informationen, die verschiedenen Bindungstypen betreffend, können nachgelesen werden in: Moeller, 2007).

Das Phänomen der Parentifizierung beeinflusst ebenfalls wesentlich die Entwicklung des Mobilisierungsverhaltens der betroffenen Kinder. In solchen Familien, wo das Kind zur verantwortlichen Bezugsperson für die Eltern wird, die Sorge und Verantwortung für die Familie übernimmt und die Eltern ihre Bedürfnisse an das Kind richten, stehen die Eltern als liebevolle, empathische, verlässliche und verantwortliche Bezugspersonen für das Kind nicht mehr zur Verfügung. Das Kind merkt schnell, dass es sich Gefühle nicht leisten kann, weil es für die Familie stark sein muss, und wendet sich im Zuge dessen auch nicht an andere Personen, um Unterstützung einzufordern. Als Veranschaulichung für diese Problematik soll hier wieder ein Auszug aus einem Erfahrungsbericht einer heute erwachsenen Tochter aufgeführt werden, welche auf ihre Kindheitserfahrungen zurückblickt (siehe Anhang, Interview 8). Derartig belastete Kinder lernen schnell, dass sie nur dann Liebe und Zuneigung erfahren, wenn sie die Fürsorger – Rolle übernehmen. Kinder, die unter den erwähnten Belastungen aufwuchsen, zeigen im Erwachsenenalter oftmals ein zwanghaftes Fürsorgeverhalten sowie die Unfähigkeit, die nötige soziale Unterstützung zu mobilisieren.

Die Mobilisierung der sozialen Netzwerke setzt eine weitere Bedingung voraus. Hierbei handelt es sich um die Bereitschaft des betroffenen Kindes, die belastenden Probleme überhaupt mit anderen Menschen zu teilen bzw. sich anzuvertrauen. Hierfür sind zahlreiche Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse von Bedeutung. Zudem verlangt das Eingeständnis, die entsprechenden Probleme nicht allein lösen zu können, ein gefestigtes Selbst-Bewusstsein (vgl. Lenz, 2008, S.37).

Ein weiterer Grund dafür, dass Kinder mit ihren Problemen nicht an die Öffentlichkeit (gemeint ist damit das soziale Umfeld, außerhalb der Familie) treten, ist die Angst vor einer möglichen Entwertung bzw. Stigmatisierung, deren Folge die soziale Ausgrenzung sein könnte. Psychische Krankheiten führen bei der Allgemeinheit immer noch zu Unverständnis und werden teilweise als Schwachsinn deklariert. Dieses Verhalten verletzt die Kinder, so dass sie schließlich nicht mehr darüber sprechen.

Viele Kinder sind gefangen in zwei verschiedenen Welten, und weder die eine noch die andere können sie verlassen. Die eine Welt ist die von der elterlichen Krankheit betroffene und mit einem Tabu belegte Familie und die andere Welt ist die Welt der Öffentlichkeit, zu der die Kinder auch gern gehören und in der sie gern ein „normales“ Leben führen würden.

Die Kinder fühlen sich zwischen diesen verschiedenen Welten hin und hergerissen, was zur Folge hat, dass ihnen ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit verloren geht. Stattdessen entwickeln sie Realitäts- und Selbstzweifel (vgl. Lenz, 2008, S.38f).

### **3.12 Fazit zum Kapitel 3**

Die wichtigsten Erkenntnisse, die aus Kapitel drei hervorgingen, können wie folgt thesenförmig zusammengefasst werden:

1. Das Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken, ist für Kinder mit psychisch kranken Eltern(-teilen) sehr viel höher als für Kinder mit gesunden Eltern („high-risk“).
2. Genetische Faktoren spielen eine Rolle, aber das Umfeld, in dem das Kind aufwächst, ist wichtiger. Psychosoziale Faktoren wie Ehekonflikte der Eltern, deren Arbeitslosigkeit etc. sind relevant.
3. Die Erkrankung der Mutter wirkt sich wahrscheinlich stärker auf die Entwicklung der Kinder aus als die Erkrankung des Vaters. Die väterliche Erkrankung ist bislang nicht ausreichend untersucht worden.
4. Jungen sind während der Schulzeit vulnerabler, Mädchen während der Pubertät.
5. Liegt eine elterliche Erkrankung vor, ist es für das Kindeswohl besser, wenn diese offensiv von den Erwachsenen behandelt und nicht tabuisiert wird.
6. Auch wenn ein Kind mit einem psychisch kranken Elternteil nicht selbst erkrankt, wird es in seiner Entwicklung gehemmt. Die Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern ist eingeschränkt.
7. Es geschieht oft, dass in Familien mit psychisch schwer erkrankten Eltern(-teilen) eine Vernachlässigung bzw. psychische Misshandlung der Kinder vorliegt, wodurch Entwicklungsstörungen bei den Kindern positiv beeinflusst werden.
8. Im Familienalltag führt die psychische Erkrankung eines Elternteils oft zur Überforderung der Kinder, die dann mitunter die Erwachsenenrolle einnehmen müssen (Parentifizierung).
9. Soziale Unterstützung ist wichtig und muss in Familien mit erkrankten Elternteilen „von außen“ kommen, was jedoch nur gelingt, wenn die Thematik nicht tabuisiert wird.

## **4 Stresserleben und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter unter der zusätzlichen Belastung der psychischen Erkrankung eines Elternteils**

### **4.1 Stresserleben**

Kinder, die in einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, sind einer Vielzahl von Problemen ausgesetzt. Diese kritischen Lebensereignisse werden zusätzlich durch alltägliche Anforderungen, Spannungen und Konflikte innerhalb der Familie, aber auch im sozialen Umfeld belastet, die mit dieser Erkrankung einhergehen. Die kritischen Lebensereignisse (Makrostressoren) und die alltäglichen Probleme (Mikrostressoren) wirken zusammen und verursachen ein erhöhtes Belastungspotenzial bei den betroffenen Kindern, sodass diese ihre Stabilität im Alltag verlieren. In Folge eines wiederholten und regelmäßigen Belastungserlebens tritt eine Überforderung auf, welche wiederum die Entstehung eines dauerhaften Stresscharakters bewirken kann. Das unter Dauerstress leidende Kind ist bald nicht mehr in der Lage, die Belastungen mit Hilfe seiner psychosozialen Widerstandskräfte erfolgreich zu bewältigen. Die Folgen können Erschöpfung, gesundheitliche Beschwerden sowie psychische Auffälligkeiten sein (vgl. Lenz, 2008, S.40).

Neben diesen kritischen Lebensereignissen und alltäglichen Problemen stellen die Entwicklungsaufgaben (siehe Punkt 3.5), mit denen sich die Kinder und Jugendlichen auseinandersetzen müssen, eine weitere Belastungsquelle dar. Schwierigkeiten bei der Bewältigung dieser altersspezifischen Aufgaben können einerseits Stress auslösen, andererseits aber auch als zusätzliches Belastungsmoment zu den ohnehin schon wirkenden Makro- und Mikrostressoren hinzukommen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass das Stresserleben steigt, wenn an das Kind Anforderungen gestellt werden, die es aufgrund seines Entwicklungsstandes noch nicht erfüllen kann. Ein Kind, welches jünger als sieben Jahre alt ist, ist zum Beispiel noch nicht in der Lage, sich in andere Personen hineinzusetzen und aus deren Perspektive zu urteilen. In dieser Altersstufe erleben die Kinder sich als Mittelpunkt allen Geschehens und geben somit auch sich die direkte Schuld an der Erkrankung der Mutter. Die daraus resultierenden Schuldgefühle haben wiederum eine stressauslösende Wirkung. Die Kompetenz zur Rollenübernahme sowie die Fähigkeit, logisch und schlussfolgernd zu denken, entwickelt das Kind erst später.

So kommt es zu einer Häufung der Stressoren, welche sich gegenseitig beeinflussen und wechselseitig verstärken. Eine besondere Gefahr der Überforderung besteht zudem für die Kinder, die unter Stressereignissen verschiedener Ebenen leiden. So kann ein Kind die Erkrankung der Mutter möglicherweise noch bewältigen. Wenn aber auch noch schlechte schu-

lische Leistungen und ein Streit mit der Schulfreundin hinzukommen, wird die ohnehin schon bestehende Belastungssituation noch verstärkt (vgl. Lenz, 2008, S. 42ff.).

## **4.2 Stressbewältigung**

### **4.2.1 Das transaktionale Stressmodell**

Ob in Belastungssituationen Stress entsteht, hängt wesentlich davon ab, wie das Individuum den Stressor wahrnimmt und bewertet. Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Anderen (führend in der aktuellen Stressforschung)(vgl. Lenz, 2008, S.40f.) geht davon aus, dass Stress dann entsteht, wenn die betroffene Person in Anbetracht der für sie belastenden Situation glaubt, nicht über die nötigen Bewältigungsstrategien zu verfügen. Laut diesem Modell stellt Stress eine Beziehung zwischen Individuum und Umwelt dar. Das transaktionale Stressmodell setzt sich aus den drei Mediatoren primäre, sekundäre und tertiäre Bewertung zusammen. Primäre Bewertung meint die Beurteilung des Individuums, inwiefern eine Situation zu einem Stressereignis wird oder nicht. So kann eine Situation als irrelevant abgetan, oder aber auch als belastend oder stressauslösend gewertet werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Kenntnis, dass Kinder teilweise andere Ereignisse als Belastung empfinden, als Erwachsene. So kann der Streit mit einer Freundin für die Kinder enorm stressauslösend sein, während die Eltern diese Situation als irrelevant abtun.

In der sekundären Bewertung wägt das Individuum ab, über welche Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) es verfügt und wie die Belastungssituation letztendlich gemeistert werden muss. Auch hier gilt wieder zu bedenken, dass Kindern nicht die gleichen Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, wie Erwachsenen. Ein Kind kann nicht im gleichen Ausmaß wie die Erwachsenen über eine Situation oder Person schimpfen oder sich einfach aus dem Belastungsmoment zurückziehen. Somit steht die kindliche Stressbewältigung in Abhängigkeit zu seinem engen sozialen Umfeld. Teilweise ist es die Aufgabe der Eltern, das Kind vor möglichen belastenden Situationen zu bewahren.

Die primäre und die sekundäre Bewertung folgen nicht zeitlich aufeinander. Sie können sich wechselseitig beeinflussen.

Aus diesen beiden Bewertungen ergibt sich die tertiäre Bewertung. Hierbei handelt es sich um die Neubewertung der situativen Anforderungen. Das Individuum schätzt ab, inwiefern die angewandte Coping-Strategie hilfreich für die Bewältigung der Belastungssituation war. Diese Neubewertung wird ebenfalls von dem engeren sozialen Umfeld beeinflusst sowie von der Wahrnehmung und dem Urteilsvermögen des Kindes (vgl. Lenz, 2008, S.40f.).

Letztendlich ist es die individuelle Stresstoleranzschwelle des Kindes, die darüber entscheidet, wann die belastenden Erfahrungen zu einer Überforderung führen. Sie ist davon abhängig, in welchem Ausmaß das Kind die Belastungen in Bezug auf erfahrene kritische Lebens-

ereignisse, alltägliche Probleme und anfallende Entwicklungsaufgaben erlebt und bewertet. Auch die Verfügbarkeit über Bewältigungsressourcen und -Strategien entscheidet mit darüber, ab wann das Kind eine Überforderung erlebt (vgl. ebd. S.44).

#### **4.2.2 Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen allgemein**

Es gibt verschiedene Bewältigungsstrategien, mit deren Differenzierung sich verschiedene Klassifikationen beschäftigen. In allen Konzepten wird jedoch zwischen direkten und indirekten Coping-Strategien unterschieden, wobei es sich bei den direkten (funktionalen) Strategien um den Versuch des Individuums handelt, aktiv auf das Belastungsmoment einzuwirken. Das bedeutet, dass eine Auseinandersetzung mit der belastenden Situation stattfindet, indem die betroffene Person zum Beispiel ihre Handlungsmöglichkeiten überdenkt, die Situation reflektiert oder nach Unterstützung sucht. Bei der indirekten (dysfunktionalen) Bewältigungsstrategie findet keine unmittelbare Auseinandersetzung mit dem Belastungsmoment statt. Stattdessen versucht der oder die Betroffene, sich abzulenken, das Problem zu meiden oder seine/ihre Ansprüche zu senken.

Lenz (2008) fasst die verschiedenen Bewältigungsstrategien zusammen und kommt hinsichtlich der verschiedenen Varianten, mit Belastungen umzugehen, auf folgendes Ergebnis:

1. Problemlösende Bewältigung

Ziel dieser Coping-Strategie ist die Kontrolle bzw. die Veränderung stressauslösender Situations- oder Personenmerkmale (zum Beispiel die Veränderung bestimmter Alltagsstrukturen oder die Suche nach einem klärenden Gespräch).

2. Suche nach sozialer Unterstützung

Diese Suche kann sowohl problemlösenden Charakter haben („Suche nach Rat“, konkrete Hilfe), aber auch emotionsregulierende Funktionen erfüllen („Suche nach Trost und Verständnis“).

3. Emotionsregulierende Bewältigung

Ziel dieser Coping-Strategie ist die Kontrolle bzw. Regulation negativer physischer und psychischer Wirkungen, die durch das Stresserleben hervorgerufen wurden. Bei diesem Bewältigungsversuch gilt es zwischen konstruktiver (zum Beispiel „an etwas Schönes denken“ oder „sich entspannen“) und destruktiver Bewältigung (zum Beispiel „den Ärger an anderen Menschen auslassen“) zu unterscheiden.

4. Problemmeidung

Hierunter ist der Versuch der betroffenen Person zu verstehen, durch beispielsweise Ablenkung oder Flucht, nicht mit der belastenden Situation konfrontiert zu werden.

Die Effektivität der einzelnen Bewältigungsstrategien ist bislang umstritten. Dennoch scheinen manche Coping-Strategien einen schützenden Charakter zu haben, weil sie das Individuum befähigen, die Situation zu bewältigen und Erfahrungen für die Zukunft zu sammeln, während andere Bewältigungsstrategien die Wirkung des Stressors unterstützen.

Es ist anzunehmen, dass die Problemmeidung sich somit zu einem Risikofaktor entwickeln kann, da mit ihr eine negative Anpassung verbunden wird. So konnte belegt werden, dass bei drogenabhängigen, depressiven und delinquenten Jugendlichen circa doppelt so oft problemmeidendes Verhalten beobachtet wurde, als bei nicht klinischen Kontrollgruppen.

#### **4.2.3 Bewältigungsstrategien der Kinder und Jugendlichen psychisch kranker Eltern**

Untersuchungen haben zudem bewiesen, dass Kinder psychisch kranker Eltern oftmals zu Problemmeidung neigen. Sie zeigen Rückzugstendenzen, vermeiden die Auseinandersetzung und suchen die Flucht in Traum- oder Fantasiewelten (vgl. Lenz, 2008, S. 46ff.). Susanne Wunderer spricht diese Art der Problembewältigung in ihrem Erfahrungsbericht an. Ein kurzer Auszug soll diese Problematik veranschaulichen (siehe Anhang, Interview 9). In Zusammenhang mit diesem vermeidendem Verhalten führen Riedesser und Schulte-Markwort eine Reihe von Symptomen bei den Kindern psychisch kranker Eltern auf, wie zum Beispiel Daumenlutschen und Enuresis (regressive Symptome), Suizidalität, Angst- und Zwangssymptome, Verwahrlosung, Drogenabusus oder Überanpassung (depressive Symptome)(vgl. Wolff, 2007, S.17).

Allerdings kann eine kurzfristige Problemmeidung auch positiv wirken, zum Beispiel, damit sich die betroffene Person vor möglichen Belastungsfaktoren schützen kann. Eine langfristige Problemmeidung gilt dagegen als negativ und unproduktiv. Wenn die Probleme nicht bewältigt werden, kommt es zu einer Anhäufung immer neuer Stressoren, was wiederum die Stressbelastung erhöht und zu den genannten Symptomen führen kann. Somit steigt das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Lenz, 2008, S. 49).

#### **4.2.4 Alters- und Geschlechtsspezifik in der Stressbewältigung**

Welche Bewältigungsstrategien den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, hängt insbesondere vom Alter um vom Entwicklungsstand ab. So können hinsichtlich der emotionsorientierten Strategien Veränderungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter beobachtet werden. Sie finden mit zunehmendem Alter häufiger eine erfolgreiche Anwendung. Ihren

Höhepunkt finden diese Strategien im mittleren Jugendalter. Während ihrer Entwicklung lernen die Kinder immer mehr, emotionale Zustände bewusster wahrzunehmen und diese eigenständig zu regulieren. Bedingt durch die Zunahme an kognitiv-sozialen Fähigkeiten sowie den zunehmenden differentiellen Einsatz verschiedener Bewältigungsformen verlieren die emotionsorientierten Coping-Strategien ab dem 15. Lebensjahr ihre dominierende Bedeutung. Problemorientierte Bewältigungsstrategien werden mit steigendem Alter immer situationsadäquater eingesetzt. Vermeidende Lösungsstrategien sind besonders bei den jüngeren Kindern vorzufinden.

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Bewältigungsstrategien konnte herausgefunden werden, dass Jungen häufiger über Lösungsstrategien wie „wütend werden und etwas kaputt machen“ berichten, während Mädchen eher Trost und Verständnis suchen, traurig werden und weinen. Bewältigungsstrategien wie die Suche nach sozialer Unterstützung sowie die Anwendung problemlösender Strategien ist bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Jungen (vgl. Lenz, 2008, S.51f.).

## **5 Warum manche Kinder und Jugendliche gesund bleiben**

### **5.1 Resilienz**

In den vorhergehenden Kapiteln wurde ausführlich beschrieben, inwiefern Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern gefährdet und in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind. Neben diesen verletzlichen Kindern und Jugendlichen gibt es aber auch die sogenannten resilienten, d.h. widerstandsfähigen, Kinder und Jugendlichen, die diese Krisen ohne Probleme meistern und sogar gestärkt aus diesen problembelasteten Zeiten hervorgehen. Diese Kinder schaffen es, trotz chaotischer Familienverhältnisse zu leistungsfähigen und stabilen Persönlichkeiten heranzuwachsen.

Mit diesem Phänomen beschäftigt sich die Resilienzforschung (von engl. „resilience“ = Unverwundlichkeit; in der Psychologie: Seelische Widerstandskraft). Sie stellt den Gegenpol zur Vulnerabilitätsforschung dar. Schwerpunkt dieser Forschung ist es, herauszufinden, warum manche Kinder trotz Risiko und Belastung gesund bleiben bzw. schnell genesen (vgl. Wolff, 2007, S.6).

### **5.2 Schutzfaktoren**

In der Resilienzforschung spielen sogenannte „protektive“ Faktoren eine wichtige Rolle. Hierbei handelt es sich um „schützende“ Prozesse, welche dem Kind oder dem Jugendlichen dabei helfen, sich trotz einem hohen Gefährdungsrisiko gesund zu entwickeln. Diese schützenden Faktoren können auch als Bewältigungsressourcen bezeichnet werden. Damit diese Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsressourcen die Kinder und Jugendlichen widerstandsfähig für Belastungen machen können, ist es jedoch notwendig, dass sie sich derer bewusst sind und sie auch entsprechend zu mobilisieren wissen. Dann ist die „Resilienz“ das Resultat dieser schützenden Faktoren (vgl. Werner, 1999, S.25, vgl. Lenz, 2008, S.53f.).

Diese „protektiven“ Prozesse haben folgende Funktionen:

1. Sie senken das Gefährdungsrisiko für die betroffenen Kinder, indem durch sie das Risiko selbst oder dessen Ausmaß verändert wird.
2. Sie schützen das Kind vor negativen Folgereaktionen.
3. Sie stärken Selbstachtung und Selbstbewusstsein des betroffenen Kindes und tragen dazu bei, dass das Kind mit sich zufrieden ist.
4. Sie sorgen für günstige Rahmenbedingungen zum Beispiel in der Familie oder der Schule.

Bei den die Widerstandskraft des Kindes fördernden Schutzfaktoren handelt es sich einerseits um generelle und andererseits um spezielle Schutzfaktoren. Dabei betreffen die generel-



len Schutzfaktoren alle Kinder, die in irgendeiner Form gefährdet sind, wobei diese Gefährdung nicht aus der psychischen Erkrankung eines Elternteils resultieren muss, sondern auch anderer Ursachen haben kann. Bei den speziellen Schutzfaktoren hingegen handelt es sich um jene Prozesse, die tatsächlich insbesondere auf Kinder psychisch kranker Eltern zutreffen.

Im Folgenden sollen diese Schutzfaktoren aufgeführt werden (vgl. Lenz, 2008, S.55f., 61).

### Die generellen Schutzfaktoren

Die generellen Schutzfaktoren können erneut untergliedert werden in Kind-zentrierte, Familien-zentrierte und soziale Schutzfaktoren (vgl. Lenz, 2008, S.61).

#### Kind-zentrierte Schutzfaktoren

Zu den Kind-zentrierten Schutzfaktoren sind zu zählen:

1. Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament des Kindes,
2. Flexibilität und Anpassungsvermögen,
3. emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit,
4. eine gute bis sehr gute Intelligenz,
5. ein positives Selbstkonzept,
6. gute soziale Problemlösekompetenz und
7. ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

Dieses setzt sich zusammen aus einem Gefühl von Verstehbarkeit, einem Gefühl von Handhabbarkeit und einem Gefühl von Bedeutsamkeit. Die Kombination all dieser Gefühle befähigt das Kind dazu, auf Situationen angemessen zu reagieren (vgl. ebd. S. 62ff.; Wolff, 2007, S.6; Werner, 1999, S. 27; vgl. Wiegand u.a., 2009, S.113) .

#### Familienzentrierte Schutzfaktoren

Zu diesen protektiven Faktoren gehören:

1. Eine sichere und stabile Bindung,
2. ein positives Erziehungsklima und eine gute Paarbeziehung,
3. die Familiengröße,

In Bezug auf die Familiensituation ist festzuhalten, dass Erstgeborene in einer kleineren Familie, in der das nächste Kind erst nach zwei Jahren zur Welt kommt, vermutlich eine höhere Chance haben, sich trotz belastender familiärer Verhältnisse gesund zu entwickeln. Spätgeborene Kinder einer großen Familie mit vielen, kurz nacheinander geborenen Kindern haben es hingegen schwerer, belastende Familiensituationen erfolgreich zu überstehen (vgl. Werner, E. 1999, S. 28f.).

4. Flexibilität der Eltern im Hinblick auf Veränderungen im Alltag,

5. Präsenz anderer Familienmitglieder, zum Beispiel die Großeltern, als adäquate Bezugspersonen für das Kind, solange sie nicht selbst an einer psychischen Störung leiden, denn Schone und Wagenblast (2006, S.206) fanden in ihrer Praxisforschung heraus, dass psychische Erkrankungen oftmals Erkrankungen über mehrere Generationen sind.

### Soziale Schutzfaktoren

Wichtige soziale, die Resilienz der Kinder fördernde Faktoren sind hier:

1. ein gutes soziales Netzwerk (bestehend aus Freunden, Bekannten, Nachbarn, etc.)
2. die Einbindung in Freizeitaktivitäten, Vereine oder in die Gemeinde

### Die speziellen Schutzfaktoren

Zu diesen schützenden Faktoren zählen:

1. eine dem jeweiligen Alters- und Entwicklungsstand des Kindes angemessene Informationsvermittlung und Aufklärung hinsichtlich der psychischen Erkrankung und deren Behandlung und die
2. familiäre Krankheitsbewältigung. Dies beinhaltet den offenen und aktiven Umgang der Eltern mit der Erkrankung und deren Folgen sowie unter Umständen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme externer Hilfesysteme.

Abschließend zu diesem Kapitel ist festzuhalten, dass sowohl die Vulnerabilitäts- als auch die Resilienzforschung jeweils lediglich Teilbereiche der Auswirkungen einer psychischen Erkrankung von Eltern auf ihre Kinder aufzeigen. Um dieses Thema in seiner Komplexität zu verstehen, muss von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen werden, wobei das Kind, seine Eltern sowie die entsprechenden Schutz- und Risikofaktoren einbezogen werden müssen (vgl. Wolff, 2007, S.8).

Bedeutsam ist weiterhin, dass es im Leben eines jeden Menschen beständig eine veränderliche Balance zwischen stresserzeugenden Ereignissen, die die Vulnerabilität fördern, und Schutzfaktoren gibt, die der Resilienz zu Gute kommen. Diese Balance kann sich bei einem Kind von Lebensabschnitt zu Lebensabschnitt ändern und hängt vom Geschlecht sowie seinem kulturellen Kontext ab. Solange das Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren für die Kinder gehalten werden kann, ist eine optimale Entwicklung möglich.

Interventions- und Präventionsprogramme sollten ihren Fokus auf die verletzlichen Kinder und Jugendlichen richten, weil sie nicht über die nötigen, ihre Resilienz fördernden Eigenschaften und sozialen Beziehungen verfügen. Aus diesem Grund können sie negative Lebensumstände weniger erfolgreich meistern und brauchen in Folge dessen Hilfe und Unterstützung (vgl. Werner, E. 1999, S 31ff.).

## 6 Zwischenergebnis

Kinder psychisch kranker Eltern haben es öfter als Kinder gesunder Eltern mit belastenden Lebenssituationen zu tun. Diese sind in der Regel geprägt von emotionalen Mangel Erfahrungen, Überforderungen, Ängsten und Isolation. Diese außergewöhnlichen Belastungen bleiben oft nicht folgenlos. Nicht selten reagieren die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit der Ausbildung einer psychischen Störung oder anderen Verhaltensauffälligkeiten.

Allerdings handelt es sich bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen um keine homogene Gruppe, die alle dieselben Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung ihrer Eltern bzw. ihres Elternteils gemacht haben. Bei diesen Kindern handelt es sich vielmehr um eine Gruppe von Menschen, die aufgrund der elterlichen psychischen Erkrankung untereinander typische Gemeinsamkeiten, aber daneben auch deutliche Unterschiede aufzeigen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.196).

Für das individuelle Erleben und Verarbeiten spielt zunächst einmal das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der elterlichen Erkrankung eine wesentliche Rolle. Es ist ein Unterschied, ob das Kind zum Beispiel zehn Jahre alt ist, wenn die elterliche Erkrankung erstmals spürbar wird, oder ob das Kind bereits mit einem psychisch kranken Elternteil zur Welt kommt. Ein Kind von zehn Jahren, welches eine gute Bindung zu den Eltern und eine gestärkte Persönlichkeit entwickeln konnte, wird später über andere Bewältigungsstrategien verfügen, als ein Kind, welches weder eine sichere Bindung zu den Bezugspersonen aufbauen, noch ein gestärktes Selbstkonzept entwickeln konnte, weil die psychische Erkrankung den betroffenen Elternteil von Beginn an in seiner Erziehungsfähigkeit einschränkte.

Außerdem ist für die Entwicklung der Kinder von Bedeutung, ob neben der psychischen Erkrankung noch andere Belastungen eine Rolle spielen. Oftmals stellt die psychische Erkrankung der Eltern nicht das wichtigste Lebensthema für die betroffenen Kinder dar. Stattdessen kann zum Beispiel die ständige Bevorzugung der kleinen Schwester als Hauptbelastung empfunden werden. So können die erfahrenen Belastungen erstens direkt durch die Erkrankung, zweitens indirekt durch die Begleiterecheinungen der Erkrankung und drittens durch andere schwerwiegende Belastungsfaktoren hervorgerufen werden. Die verschiedenen Probleme überlagern und verstärken sich gegenseitig. Dabei ist meist nicht genau ersichtlich, welches Problem konkret und in welcher Weise wirkt.

Der Problematik der Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern kann also nicht Genüge getan werden, indem allein die psychische Erkrankung und deren Folgen berücksichtigt werden. Es bedarf vielmehr eines umfassenden Blicks, welcher stets den gesamten familiären Kontext betrachtet. Abbildung Nr. 3 (siehe Anhang) fasst die verschiedenen Belastungsfaktoren zusammen, welche zu einer Gefährdung der Kinder und Jugendlichen führen. Dabei gilt zu beachten, dass die einzelnen Faktoren nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern zusammen wirken (vgl. ebd. S. 196ff.).

## **7 Angemessene Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern im Hinblick auf die Handlungsmöglichkeiten und -anforderungen der Sozialen Arbeit**

### **7.1 Die Vielschichtigkeit und Vielseitigkeit der Problematik**

Aufgrund der verschiedenen Lebenslagen und der vielfältigen Hilfebedürfnisse von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern sowie ihrer Familien wird ein flexibles Setting an unterschiedlichen elternzentrierten, kindzentrierten, familienunterstützenden und familienergänzenden Hilfsangeboten erforderlich (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 96). Somit kann hier keinesfalls von *der einen* angemessenen Hilfe die Rede sein, sondern erst ein Netz aus unterschiedlichen präventiven und interventiven Maßnahmen, durchgeführt von verschiedenen Leistungsträgern, auf der Grundlage einer funktionierenden Kooperation zwischen diesen, kann als angemessene Hilfe bezeichnet werden.

Zu den verschiedenen Leistungsträgern gehören:

- Kinder – und Jugendpsychiatrie,
- Gericht,
- Regelinstitutionen (z.B. Schule, Kindergarten, Hort etc.)
- Erwachsenenpsychiatrie sowie
- Jugendhilfe / Jugendamt ( siehe Anhang, Abb.4) (vgl.Beeck,2008,S.37)

Jede einzelne Instanz ist gefragt und gefordert, ihren Beitrag im Hinblick auf eine optimale Unterstützung von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern zu leisten und somit eine Gefährdung von den betroffenen Kinder und Jugendlichen abzuwenden bzw. diese zu verhindern.

Im Folgenden sollen insbesondere die Leistungsträger Jugendhilfe/Jugendamt und Erwachsenenpsychiatrie im Vordergrund stehen, da diesen beiden Hilfesystemen eine ganz besondere Bedeutung im Zusammenhang mit psychisch kranken Eltern und deren Kindern zukommt, und weil speziell zwischen diesen beiden Instanzen Kooperationsschwierigkeiten bestehen, die eine „angemessene“ Hilfe unter Umständen unmöglich machen können und auf die aus diesem Grund näher einzugehen sein wird. Anschließend sollen verschiedene Praxismodelle kurz vorgestellt werden.

## 7.2 Aufgaben und Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie

Heute existiert ein ausdifferenziertes psychiatrisches Versorgungsnetz, welches das Resultat eines langen Modernisierungs- und Reformprozesses ist. Den Beginn dieser Entwicklung bewirkte die Psychiatrieenquête von 1975. Ein grundlegendes Merkmal dieser „neuen“ Form von Psychiatrie ist die Abkehr von langwierigen, vollstationären Klinikaufenthalten. Stattdessen geht der Trend in Richtung ambulante Hilfen und Wiedereingliederung in den gewohnten Lebensbereich. Ziel ist außerdem eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker sowie der Einbezug der Angehörigen und des sozialen Umfeldes in die Behandlung der Betroffenen. So entstanden neben der Klinik eine Reihe weiterer Institutionen mit ambulantem, teil- oder vollstationärem Versorgungscharakter. Diese verschiedenen Institutionen basieren auf unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen. Während manche Leistungen von den Krankenkassen finanziert werden, werden andere über das BSHG (Bundessozialhilfegesetz) entweder im Rahmen der Hilfen zum Lebensunterhalt oder der Hilfen in besonderen Lebenslagen abgerechnet (§§39,40 BSHG) (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.25f.). Die Vielfalt der verschiedenen ambulanten, teil- und vollstationären Hilfsangebote soll anhand von Tabelle eins (siehe Anhang) dargestellt werden.

Insgesamt lässt sich eine große Vielfalt im psychiatrischen Versorgungssystem beobachten. Deutlich wird jedoch, dass es tatsächlich weitaus mehr ambulante als stationäre Angebote gibt. Somit hat die Psychiatriereform ihre Spuren hinterlassen. In den verschiedenen Einrichtungen werden komplexe Leistungen angeboten, welche in der Regel durch ein multiprofessionelles Team erfüllt werden. Des Weiteren hat der personen- und ressourcenzentrierte Ansatz zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Personen stehen im Mittelpunkt der meisten Behandlungen. Somit wird immer mehr die Familie als Ressource begriffen und als solche in die Behandlung einbezogen.

Obwohl die Angehörigenarbeit ein fester Bestandteil der modernen Psychiatrie geworden ist, werden zumeist doch nur die erwachsenen Angehörigen berücksichtigt. Kinder und Jugendliche fallen als Angehörige oftmals durch das Versorgungsnetz und bleiben außen vor (vgl.ebd.S.31f.). Während meines Praktikums als Sozialarbeiterin auf einer psychiatrischen Station eines Fachkrankenhauses habe ich auch an Angehörigengruppen teilgenommen, und auch hier wurden Kinder nicht berücksichtigt, d.h. betreut oder anderweitig bedacht. Daraus lässt sich ableiten, dass beträchtliche Lücken im Versorgungssystem für die betroffenen Kinder und Jugendlichen bestehen.

### 7.3 Aufgaben und Leistungen von Jugendhilfe/Jugendamt

Oftmals gelingt es den von einer psychischen Krankheit betroffenen Eltern(-teilen), die Erziehung und Versorgung ihrer Kinder selbstständig oder mithilfe von Ehepartnern, Verwandten und/oder Freunden sicherzustellen. In solchen Fällen verfügen die Betroffenen über die nötigen familiären und sozialen Ressourcen und über die Fähigkeit, diese zu aktivieren, sodass Gefahren für die Kinder und Jugendlichen erfolgreich abgewandt werden können.

Wenn allerdings diese Ressourcen nicht zur Verfügung stehen und weder Erziehung noch Versorgung der Kinder und Jugendlichen ausreichend sichergestellt werden können, werden Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe nötig, um eine Kindeswohlgefährdung zu verhindern. Es ist die Aufgabe der Jugendhilfe, und hier insbesondere des Jugendamtes als leistungsverpflichteter Behörde, problemangemessene Hilfen auf verschiedensten Ebenen und in unterschiedlichster Intensität bereitzustellen.

Das Jugendamt ist für die Betreuung von Familien/Kindern mit jugendhilfespezifischem Unterstützungsbedarf sowie für die Koordination weiterführender Hilfen zuständig. Hier ist insbesondere der Allgemeine Sozialdienst (ASD), welcher zumeist im Jugendamt angesiedelt ist, gefragt. Der ASD bildet die zentrale Instanz kommunaler Sozialleistungen und arbeitet in der Regel nach dem Territorialprinzip, was bedeutet, dass jede Fachkraft für ein bestimmtes Einzugsgebiet zuständig ist. Der ASD ist die entscheidende Instanz, wenn es um einen problemangemessenen Zugang zu und den Umgang mit Familien und Kindern in belastenden Situationen geht.

Die Arbeit im Jugendamt und in der Jugendhilfe beinhaltet verschiedene, unter Umständen konträre Arbeitsaufträge. Im § 1 Abs. 3 SGB VIII wird einerseits die Aufgabe formuliert, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen, jedoch unter der Voraussetzung, dass die Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten dieser Hilfe zustimmen. Andererseits beinhaltet dieser Artikel die Pflicht der Jugendhilfe, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und sich, wenn nötig, gegen den Willen der Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten zu wenden. Es handelt sich also um eine Arbeit im Spannungsfeld zwischen Elternrecht/Elternpflicht auf der einen und staatlichem Wächteramt auf der anderen Seite. Nach diesen genannten Aufgaben arbeitet die gesamte Jugendhilfe, auch wenn dem Jugendamt, und wieder insbesondere dem ASD, die letztliche Pflicht für die Wahrnehmung des Wächteramtes obliegt. Wichtig ist jedoch, dass sich die Aufgaben des ASD nicht ausschließlich auf ein Krisen- und Notprogramm beschränken. Auch er verfolgt einen offensiven Auftrag, präventive Arbeitsansätze und Gestaltungsmöglichkeiten zu entwickeln und entsprechend zur Verfügung zu stellen.

Die verschiedenen Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe sind vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage im SGB VIII fixiert. Die folgenden Angebote und Arbeitsaufträge der

Jugendhilfe zur Unterstützung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Eltern können auf unterschiedlichen Ebenen dargestellt werden.

1. Für alle Familien mit Kindern sollten Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung stehen, welche die elterliche Erziehung unterstützen. Hierbei handelt es sich um Angebote, die allen Eltern mit Kindern zur Verfügung stehen, wie die Angebote der Kinderbetreuung, der Jugendarbeit, der Familienbildung oder der allgemeinen Familienberatung.
2. Es müssen Angebote zur Krisenbewältigung zur Verfügung gestellt werden. Diese sollen Eltern, deren eigene Ressourcen unzureichend sind, in Krisen- und Belastungssituationen, helfen, ihrem Kind trotzdem eine angemessene Erziehung garantieren zu können. Als Beispiele können hier die Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 SGBVIII) sowie die Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§20 SGBVIII) genannt werden. Diese Präventivangebote sollen eine Eskalation von Problemen verhindern.
3. Wenn Eltern, bedingt durch eine psychische Krankheit oder durch andere Umstände, die Erziehung und Versorgung ihres Kindes nicht mehr gewährleisten können, gibt es die Angebote der Hilfen zur Erziehung (§ 27 Abs.1 SGBVIII).

Die Hilfen zur Erziehung können ambulant, teil- oder vollstationär ausgeübt (siehe Anhang, Tabelle 2) und miteinander kombiniert werden.

Die Personensorgeberechtigten haben einen Anspruch auf diese Hilfen, womit das SGBVIII einen Rechtsanspruch auf öffentliche Unterstützung durch die Jugendhilfe sicherstellt, für dessen Einlösung die örtlichen Jugendämter die Verantwortung tragen. Es handelt sich hier nicht um das Recht des Jugendamtes, sich ohne Hilfeersuchen in Familienangelegenheiten einzumischen.

Form, Art und Dauer der verschiedenen Hilfen hängen vom jeweiligen erzieherischen Bedarf ab. Speziell im Fall der psychisch kranken Eltern spielt zudem die Intensität der Krankheit eine entscheidende Rolle. Die Eltern haben ein Mitspracherecht hinsichtlich der Art der Einrichtung, des Trägers und der Gestaltung der Hilfe. Diese Wünsche sollten berücksichtigt werden (im Falle einer Fremdunterbringung ein MUSS), solange dadurch keine unverhältnismäßigen Mehrkosten (§§5, 36 SGBVIII) entstehen.

Die Gründe für eine Inanspruchnahme dieser Hilfen sind vielseitig. Die psychische Erkrankung eines Elternteils ist kein seltener Beweggrund. Doch besonders diese Klientel hat oftmals Schwierigkeiten, ihre Rechte in Bezug auf Leistungen des Jugendamtes zu erkennen und entsprechend wahrzunehmen, da soziale Isolation und/oder krankheitsbedingte Denkstörungen häufig Begleiterscheinungen einer solchen Krankheit sind. Dieser Umstand erfordert besondere Anstrengungen von Seiten der Jugendämter, die betroffenen Eltern hinsichtlich ihrer Rechte aufzuklären und entsprechende Hilfsangebote aus eigener Initiative zu unterbreiten. Wenn die Eltern aber aufgrund ihrer Angst, Verwirrtheit, Überforderung oder Reser-

viertheit dennoch jede Hilfe ausschlagen, stehen Jugendhilfe und Jugendamt vor einer schwer überwindbaren Barriere. Es existiert keine Verpflichtung für die Eltern, Hilfen zur Erziehung in Anspruch zu nehmen, zumindest dann nicht, wenn keine Kindeswohlgefährdung droht. So kann die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen zwar objektiv als mangelhaft oder belastend betrachtet werden, ein Grund zum Eingriff ist das jedoch nicht. Diese Tatsache wird durch das gesetzlich verankerte Elternrecht abgedeckt.

Weitere Gründe, warum psychisch kranke Eltern (nicht nur) die Zusammenarbeit mit Jugendamt und Jugendhilfe verweigern, können unter anderen sein:

- Die Eltern glauben nicht, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, weil sie entweder andere Erziehungsvorstellungen haben oder durch komplexe familiäre Problemlagen völlig überfordert sind, sodass sie die Bedürfnisse der Kinder und die Anforderungen an ihre Erziehung nicht mehr erkennen. Hinzu kommt, dass die Betroffenen oftmals so sehr mit sich beschäftigt sind, dass sie den Blick erst gar nicht auf ihre Kinder richten.
- Die Eltern bemerken zwar, dass Defizite in der Erziehung und der Versorgung der Kinder bestehen, Scham-, Schuld- und Angstgefühle verhindern aber eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt. Schwieriger wird es zudem, wenn die Eltern bereits negative Erfahrungen mit Behörden (vielleicht sogar mit dem Jugendamt) gemacht haben.

Beide Fälle bedeuten eine Handlungseinschränkung für die Fachkräfte des Jugendamtes. Alles, was sie dann noch tun können, ist Motivationsarbeit bei den Eltern zu leisten, um die Situation der Kinder zu verbessern, denn ihr sozialpädagogischer Auftrag verbietet es ihnen, tatenlos abzuwarten, bis die Eltern ihre Rechtsansprüche aus eigener Kraft und Motivation einfordern.

Der Sachverhalt ändert sich dann, wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt bzw. droht, wenn also das Verhalten der Eltern (Entwicklung-)Schäden beim Kind bewirkt. Wenn externe Hilfe dann immer noch abgelehnt wird, ist das Jugendamt verpflichtet, im Rahmen seines Wächteramtes einzugreifen und das Familiengericht einzuschalten (§50 Abs.3 SGBVIII). Dieses entscheidet nach §1666 Abs.1 BGB, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um das Kindeswohl zu schützen.

Welche konkreten Maßnahmen das Gericht zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung ergreift, werden nicht vorgeschrieben, jedoch wird sich immer zuerst am mildesten Mittel orientiert. So werden zunächst Ermahnungen oder Verwarnungen ausgesprochen, bis es schließlich zum schlimmsten Eingriff, dem Entzug der gesamten elterlichen Sorge, kommt. Bei psychisch erkrankten Eltern(-teilen) reicht eine bloße Verwarnung jedoch meist nicht aus, weil oftmals, bedingt durch die Erkrankung, die notwendige Einsicht fehlt, um das Fehlverhalten zu erkennen und entsprechend zu ändern. Hier wird oftmals ein Sorgerechtsentzug thematisiert. Kommt es zu einem solchen Sorgerechtsentzug, werden die elterlichen



Rechte in der Regel auf nahestehende Verwandte oder Bekannte übertragen. Sollte dies nicht möglich sein, übernimmt das Jugendamt in Form eines Amtsvormundes oder Amtspflegers die Sorge. Dabei bekommt der Amtsvormund die gesamte elterliche Sorge übertragen, während dem Amtspfleger nur ein Teil zugesprochen wird. Der andere Teil verbleibt dann in der Regel bei den Eltern. Der Amtsvormund sorgt dafür, dass das Kind oder der Jugendliche in einem Heim oder bei einer Pflegefamilie untergebracht wird, wo Versorgung, Pflege, Betreuung und Erziehung in einem angemessenen Rahmen garantiert sind. Das Gericht prüft jährlich, ob die Maßnahmen rückgängig gemacht werden können und ob die Sorge wieder den Eltern übertragen werden kann. Somit gibt es keine endgültigen Entscheidungen. Um eine solche Rückübertragung zu ermöglichen, verpflichtet das SGBVIII die Mitarbeiter der Heime und die Pflegeeltern, mit den leiblichen Eltern zusammenzuarbeiten (§37 Abs.1 SGBVIII). Auch hier ergeben sich aus den Arbeitsaufträgen der Jugendhilfe und des Jugendamtes Spannungsfelder zwischen einerseits der Fremdunterbringung des Kindes/Jugendlichen und dem Bemühen zur Wiederherstellung der elterlichen Sorge, andererseits zwischen den Interessen der Eltern und denen der Pflegeeltern und Heimmitarbeiter (vgl.ebd.S.41ff.).

## **7.4 Angemessene Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – verdeutlicht am Beispiel zweier Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte**

### **7.4.1 Vorbemerkungen**

Der nun folgende Vergleich zweier Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte, die sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ beschäftigt haben, soll einen vertiefenden Einblick in die Problematik ermöglichen. Anhand dieser beiden Projekte gilt es, die Aktualität des Themas zu verdeutlichen. Nachdem beide Studien die Lebensbedingungen der Familien mit psychischer Krankheit (unter besonderer Berücksichtigung der Lebensbedingungen der Kinder) untersuchten, beschäftigten sie sich mit den Hilfesystemen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe und zeigen, dass es sich bei der genannten Zielgruppe um eine Klientel für beide Hilfesysteme handelt. Die in diesem Zusammenhang gewonnenen Erkenntnisse sollen nun näher betrachtet und miteinander verglichen werden. Ziel ist es, anhand der Praxisforschungen, herauszufinden, wie die Lebenssituationen der Familien mit psychischer Krankheit aussehen, welche konkreten Hilfen sie benötigen, wie diese aktuell umgesetzt werden und welche Verbesserungsvorschläge es in diesem Zusammenhang gibt.

Die Auswahl fiel auf diese beiden Projekte, weil sie aktuell sind, sich mit den für diese Arbeit relevanten Fragestellungen beschäftigen und weil sie dadurch, dass sie hinreichend un-

terschiedliche Modellregionen untersuchten, exemplarisch auch für andere, ähnliche Regionen in Deutschland gewertet werden können.

Aufgrund der Tatsache, dass die sozialpädagogische Forschung in Deutschland dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ lange Zeit kaum ihre Aufmerksamkeit schenkte (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.51), fand bisher auch keine intensivere Auseinandersetzung in anderen Forschungen bezüglich der Thematik, die diese Projekte aufgreifen, statt. Somit bot sich mir keine große Auswahl zwischen verschiedenen Praxisforschungsprojekten.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass eines der beiden Praxisforschungsprojekte erst im Dezember 2008 auslief und im März 2009 ein Abschlusstreffen stattfand. Leider liegen mir daher sehr wenige Informationen und Datenquellen vor (die Projektkonzeptionen, eine erste Kommentierung und ein Bericht zum Projekt in der Zeitschrift: „Forum Erziehungshilfen“). Ich schrieb die Projektleiterin zwar persönlich an und bat sie um Unterstützung, zu der sie sich jedoch nicht bereit erklärte (siehe Anhang, E-Mail.). Folglich ist es mir aufgrund fehlender Materialien nicht möglich, so detailliert auf einzelne Aspekte einzugehen, wie es bei dem anderen Projekt der Fall ist. Dies hat jedoch, so meine ich, keine negativen Auswirkungen auf den Vergleich beider Praxisforschungen.

#### **7.4.2 Vorstellung der beiden Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte**

Die sich nun anschließende Vorstellung der beiden Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte soll in erster Linie dem Verständnis bezüglich des Inhaltes und der Vorgehensweise jedes einzelnen Projektes dienen. Außerdem gilt es zu prüfen, ob sich diese Projekte überhaupt vergleichen lassen und wo es eventuell Unterschiede, zum Beispiel in der Methodik oder der Herangehensweise, gibt. Schließlich werden beide Projekte auf ihre Seriosität hin untersucht.

Das ältere Praxisforschungsprojekt wird von Schone und Wagenblass beschrieben (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.51ff.). Es wurde vom Institut für Soziale Arbeit e.V. in Münster in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund durchgeführt. Die Stiftung Dt. Jugendmarke e.V., die Friedrich und Louise Homann-Stiftung und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Nordrhein-Westfalen) förderten dieses Projekt. Der Titel dieses Projektes lautet: „Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderungen an sozialpädagogisches Handeln.“ Zu diesem Zweck wurden zwei Modellregionen in NRW ausgewählt und untersucht. Das Projekt lief vom 01. August 1999 bis 31. Januar 2002, das heißt zweieinhalb Jahre. Das Anliegen dieser Forschung war unter anderem, herauszufinden, wie viele Kinder psychisch kranke Eltern haben, wie die Lebensbedingun-

gen in solchen Familien aussehen und wie Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, bezogen auf diese Zielgruppe, miteinander kooperieren. In diesem Zusammenhang interessierte, welche Konflikte zwischen den Hilfesystemen, aber auch innerhalb eines Hilfesystems möglicherweise bestehen.

Das jüngere Praxisforschungsprojekt wurde in Rheinland-Pfalz (Rh. - Pf.) vom Institut für sozialpädagogische Forschung in Mainz e.V. durchgeführt. Die Finanzierung übernahm das Ministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit, Familie und Frauen in Rh. - Pf. Das Projekt trägt den Namen „Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie.“ Untersucht wurden drei Modellregionen des Landes Rh. - Pf. Nach einer ersten Bestandsaufnahme 2005 startete das Projekt im Mai 2006 und endete im Dezember 2008 (vgl. Schmutz, 2009, S.114), also nach zwei Jahren und acht Monaten. Somit sind die Laufzeiten beider Projekte ähnlich. Das Anliegen dieses Projektes bestand zunächst einmal darin, in einer Bestandsaufnahme der Frage nachzugehen, wie viele Kinder psychisch kranke Eltern haben, um Rückschlüsse bezüglich des Ausmaßes der zu untersuchenden Problematik ziehen zu können. Auch in dieser Praxisforschung wurden die Lebenssituationen der betroffenen Familien untersucht. Eine weitere Frage, mit welcher sich dieses Projekt auseinandersetzte, war, wie Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in ihrer besonderen Situation angemessen unterstützt werden können und wie Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie in diesem Sinne zusammen arbeiten sollten (vgl. ISM, 2007, S.4ff.; Schmutz, 2009, S.114).

Somit ähneln sich beide Praxisforschungen hinsichtlich ihres Forschungsanliegens. Beide versuchten zunächst quantitativ herauszufinden, wie viele Kinder in den Modellregionen mit einer solchen Problematik belastet sind, um dann qualitativ deren Lebenssituation zu untersuchen. Im Anschluss beschäftigten sich beide Projekte mit der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, wobei das Projekt in NRW vorwiegend auf Konflikte und Spannungen zwischen den Hilfesystemen einging, während sich das Projekt in Rh. -Pf. intensiver mit konkreten Maßnahmen für die Praxis auseinandersetzte.

Beide Praxisforschungen bezogen die Handlungsansätze der beteiligten Institutionen und Fachkräfte aufeinander. Eine interdisziplinäre Perspektive galt für beide Projekte im Sinne einer angemessenen Bearbeitung der gestellten Fragen als unerlässlich.

Das Praxisforschungsprojekt in NRW untersuchte die zwei Modellregionen Bielefeld und den Kreis Warendorf. In der Stadt Bielefeld leben circa 320.000 Einwohner. Aufgaben der Jugendhilfe werden von fünf Dienstleistungszentren wahrgenommen. Des Weiteren verfügt die Stadt über ein gut ausgebautes und differenziertes psychiatrisches Versorgungsnetz (siehe Anhang, Abb.5). Der Kreis Warendorf verfügt über 14 Städte und Gemeinden mit insgesamt 270.000 Einwohnern. Auch hier deckt das psychiatrische Versorgungsnetz alle Angebote ab, jedoch nicht so umfangreich wie in der Stadt Bielefeld (siehe Anhang, Abb.6). Die Jugendhilfaufgaben des Kreises werden von einem Kreisjugendamt und drei eigenständigen

Jugendämtern der kreisangehörigen Städte Ahlen, Beckum und Oelde wahrgenommen. Insgesamt zählen beide Modellregionen zusammen circa 600.000 Einwohner (vgl. Schöne & Wagenblass, 2006, S. 56f.).

Bei den Untersuchungsregionen des Projektes in Rh. - Pf. handelt es sich um die Städte Ludwigshafen und Bad Kreuznach sowie um den Rhein-Hunsrück-Kreis. An allen drei Standorten wurde im Rahmen des Projektes ein Gremium installiert. Mitglieder dieses Gremiums waren Vertreter und Vertreterinnen der Institutionen und Hilfesysteme, die am Projekt beteiligt waren. Für den Bereich der Jugendhilfe waren das örtlich zuständige Jugendamt, mindestens ein leistungserbringender Träger der Jugendhilfe und eine Erziehungs- und Lebensberatungsstelle vertreten. Aus dem Bereich der Psychiatrie waren die jeweils örtlich zuständige Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder – und Jugendpsychiatrien sowie Einrichtungen und Dienste der Gemeindepsychiatrie (Sozialpsychiatrischer Dienst, Betreutes Wohnen, u.a.) am Gremium beteiligt. Auch Suchtberatungsstellen, Sozialpädiatrische Zentren, eine niedergelassene Kinder – und Jugendpsychiaterin, ein Kinderarzt und ein Betreuungsverein gehörten dem Gremium an. Dieses Gremium kam dreimal jährlich zu einem Treffen zusammen. Ziele waren der gegenseitige Austausch, die Bearbeitung von relevanten Fragen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ sowie die Verbesserung von Kooperationsstrukturen (vgl. ISM, 2006, S. 5, vgl. ISM, 2007, S. 5).

In der Stadt Bad Kreuznach leben 43.740 Einwohner (Stand: 31.12.2007). Ludwigshafen zählt 167.657 (Stand: 2008) und der Rhein-Hunsrück-Kreis 104.263 Einwohner (Stand: 31.12.2007) (vgl. [www.meine.stadt.de](http://www.meine.stadt.de)). Insgesamt zählen alle drei Modellregionen in Rh. - Pf. 315.660 Einwohner. Dies sind weitaus weniger als in den Modellregionen in NRW, was jedoch für den Vergleich nicht hinderlich sein sollte, da der Anteil der Kinder mit psychisch kranken Eltern(-teilen) prozentual angegeben wird. Im Forschungsprojekt Rh. - Pf. wurden vier Jugendämter der Modellregionen in die Untersuchung integriert.

Während des Praxisforschungsprojektes in NRW wurden alle Institutionen des psychiatrischen Versorgungsnetzes der Modellregionen per standardisierte Fragebogen danach befragt, wie viele der betreuten Patienten und Patientinnen Eltern minderjähriger Kinder sind. Von Interesse waren dabei nicht nur die Größenordnung, sondern auch die Lebenssituation sowie der bereits vorhandene Unterstützungsbedarf. Parallel dazu wurde in den entsprechenden regionalen Jugendämtern ebenfalls eine standardisierte Fragebogenuntersuchung durchgeführt. Hier lag der Fokus auf der Anzahl der betreuten Familien mit psychischer Krankheit sowie auf Art und Inhalt der Hilfen von Seiten des Jugendamtes. Um die bestehende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie analysieren zu können, wurden 18 regionalbezogene, leitfadengestützte Experteninterviews mit Fachkräften aus den beiden Hilfesystemen in den Modellregionen geführt. Ziel dabei war es, zu erforschen, wie Fachkräfte mit unterschiedlicher Ausbildung und Erfahrungshintergrund die Problematik der

betroffenen Kinder und Jugendlichen deuten und beurteilen und welche Reaktionsweisen sie schlussfolgernd als notwendig erachten.

Im Projekt Rh. - Pf. wurden innerhalb der Untersuchungsregionen in den beteiligten Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie (nicht im gesamten psychiatrischen Versorgungsnetz, wie im Projekt in NRW) und in allen vier Jugendämtern Zielgruppenanalysen durchgeführt. Somit bilden diese nicht die Gesamtheit „Kinder psychisch kranker Eltern“. Stattdessen werden Auszüge aus der Perspektive der benannten Institutionen betrachtet, die im Blick auf die Weiterentwicklung des Hilfesystems zentral erscheinen. Für die Durchführung dieser Zielgruppenanalysen wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt, mit dessen Hilfe in allen beteiligten Institutionen über einen abgesprochenen Zeitraum systematisch die relevanten Daten erfasst wurden. In den Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie wurde die Erhebung bei allen Entlassungen im festgelegten Zeitraum durchgeführt. Die Erhebung in den integrierten Jugendämtern bezog sich auf die durchgeführten kollegialen Fallberatungen (vgl. Schmutz, 2009, S.114).

So lassen sich anhand der methodischen Vorgehensweise einige Unterschiede zwischen beiden Forschungsprojekten feststellen. Während das Projekt in NRW das gesamte psychiatrische Versorgungsnetz an der standardisierten Fragebogenuntersuchung beteiligte (vgl. Schöne & Wagenblass, 2006, S. 60), führte das Projekt in Ph.-Pf. nur in den Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie eine Zielgruppenanalyse durch (vgl. Schmutz, 2009, S.114). Folglich dürften hier Unterschiede bezüglich der Anzahl von Patienten und Patientinnen mit minderjährigen Kindern ergeben. So ist zwar kein Vergleich hinsichtlich der konkreten Zahlen möglich, aber hinsichtlich der Frage, wie hoch jeweils der Anteil von Patienten und Patientinnen mit minderjährigen Kindern ist, schon.

Außerdem ergeben sich verschiedene methodische Herangehensweisen zur Erforschung der Kooperationsstrukturen (NRW: Experteninterviews; Rh. - Pf.: Gremium). Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass das Projekt in NRW zunächst einmal die Konfliktlagen zu untersuchen versuchte und es dazu nicht von Nutzen gewesen wäre, die verschiedenen Fachkräfte der Konfliktparteien an einen Tisch zu setzen, da die Aussagen möglicherweise nicht immer ehrlich gewesen wären. Dies zu untersuchen, strebte das Projekt in Rh. - Pf. jedoch nicht an. Hier kam es vor allem darauf an, nach neuen Kooperationsmustern zu suchen und diese entsprechend umzusetzen. Hierfür eignet es sich natürlich, alle Beteiligten zu einem Arbeitskreis zusammenzuschließen.

Auch hinsichtlich der Zielgruppeneingrenzung weisen beide Praxisforschungen Unterschiede auf. Für das Projekt in NRW galten als Kinder alle Null- bis unter 18jährigen leiblichen Kinder. Als psychisch krank wurden jene Personen bezeichnet, die in ambulanter, stationärer oder teilstationärer Behandlung oder Beratung waren und Personen, bei denen eine psychiatrische Diagnose von Fachärzten gestellt wurde. Dadurch konnten alle Personen in die Untersuchung einbezogen werden, die vom psychiatrischen Versorgungsnetz erfasst wurden. Au-

ßerdem war es Fachkräften der Jugendhilfe somit nicht möglich, Eltern als psychisch krank zu bezeichnen, bei denen sie eine solche Störung lediglich vermuteten. Eigene Diagnosen sollten ausgeschlossen werden. Der Vorteil dieser Herangehensweise ist, dass die Untersuchung dadurch seriös wird, weil falsche Spekulationen ausgeschlossen sind. Der Nachteil ist jedoch, dass der tatsächliche Anteil der Eltern mit einer psychischen Erkrankung in der Jugendhilfe wahrscheinlich sehr viel höher liegt, als im Projekt festgestellt, da viele psychisch erkrankte Eltern, deren Kinder Jugendhilfeangebote wahrnehmen, noch keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungsnetz aufgenommen haben.

Die Praxisforschung in Rh. - Pf. ging hier anders vor. Hier urteilten die Fachkräfte des Jugendamtes auch auf den Verdacht hin, dass eine psychische Störung bei einem Elternteil vorliegen könnte, ohne es jedoch genau zu wissen (siehe hierzu: Schmutz, 2009, S.115: „In 68 Fällen ... war eine Erziehungsperson von psychischer und/oder Suchterkrankung betroffen bzw. es bestand ein Verdacht darauf.“). Damit nähert sich diese Herangehensweise zwar unter Umständen dem tatsächlichen Anteil von Kindern psychisch kranker Eltern an, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass es sich hierbei um Fachkräfte handelt, die Kenntnisse über die verschiedenen psychischen Krankheitsbilder haben. Dass dies eher selten der Fall ist, wird im Verlauf der Arbeit noch Thema sein.

Diese verschiedenen methodischen Zugänge müssen im Folgenden beachtet werden. Möglicherweise werden sich die Zahlen in der Größenordnung voneinander unterscheiden, da jedoch Prozentangaben bezüglich der einzelnen Befragungsergebnisse vorliegen, ist ein Vergleich durchaus möglich.

Insgesamt lassen sich beide Praxisforschungen durchaus miteinander vergleichen. Sie verfolgen ein ähnliches Anliegen und stellen sich somit ähnlichen Untersuchungsaufgaben. Die verschiedenen methodischen Ansätze müssen jedoch bedacht werden.

An der Seriosität beider Projekte kann aufgrund der präzisen methodischen Vorgehensweise und der anhand dessen ermittelten Ergebnisse kein Zweifel bestehen.

### **7.4.3 Ergebnisse der Bestandsaufnahmen beider Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte**

#### **Bestandsaufnahme**

Der erste Auftrag beider Projekte bestand darin, herauszufinden, wie viele Patienten und Patientinnen der Psychiatrie Eltern minderjähriger Kinder sind und im Umkehrschluss, wie viele Kinder, die von der Jugendhilfe betreut wurden, mindestens einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung haben.

Das Projekt in NRW führte für die Befragung im psychiatrischen Versorgungsnetz nach Patienten und Patientinnen, die zugleich Eltern waren, ein eigenes Erhebungsinstrument ein, da diese Daten in den jeweiligen Akten bislang nicht erhoben worden waren. Da sich eine Stichtagerhebung aufgrund des hohen Wechsels, zum Beispiel im ambulanten Bereich, nicht anbot, führten die Fachkräfte der Institutionen jeweils eine Totalerhebung der Patientenkontakte im Mai 2000 durch. Aufgrund der Tatsache, dass manche Patienten und Patientinnen des psychiatrischen Versorgungsnetzes nicht nur von einer, sondern von zwei oder mehreren Institutionen betreut werden, konnte bei der Befragung der einzelnen Einrichtungen nicht ausgeschlossen werden, dass diese mehrfach erfasst wurden. Somit geben die Ergebnisse zwar keinen Aufschluss über die konkrete Anzahl der Patienten und Patientinnen mit minderjährigen Kindern im psychiatrischen Versorgungssystem, dennoch konnte ermittelt werden, zu welchem Anteil jede einzelne Institution Eltern minderjähriger Kinder betreut (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.60).

Das Projekt in NRW stellte fest, dass innerhalb des Befragungszeitraumes 2717 Personen das psychiatrische Versorgungsnetz der beiden Modellregionen (ohne niedergelassene Nervenärzte) in Anspruch nahmen, wovon 331 (12,2%) Eltern minderjähriger Kinder waren. Wie aus Tabelle drei (siehe Anhang) hervorgeht, sind Patienten und Patientinnen in den Tageskliniken am häufigsten (fast jede/r Vierte) zugleich Eltern, gefolgt von den stationären Einrichtungen (jede/r Fünfte) und den Institutsambulanzen (jede/r Sechste). In den ambulanten Beratungsdiensten (zum Beispiel der Sozialpsychiatrische Dienst) und den Wohnheimen haben deutlich weniger Patienten und Patientinnen minderjährige Kinder. Dies mag daran liegen, dass hier vorwiegend chronisch kranke Menschen behandelt werden, die entweder keine Familie gegründet haben, oder deren Kinder nicht mehr minderjährig sind (vgl.ebd.S.63f.).

Während des Befragungszeitraumes wurde für alle Eltern ein zweiseitiger Fragebogen erstellt. Somit konnte jede Einrichtung alle ihre zu betreuenden Eltern erfassen und daraus schließen, wie hoch der Elternanteil bei ihr ist. Die dadurch entstandenen Mehrfacherhebungen der gleichen Person durch verschiedene Institutionen konnten anhand charakteristischer Merkmale (Alter, Anzahl der Kinder, Wohnsituation, etc.) identifiziert und korrigiert werden. Dabei handelte es sich um 20 Mehrfachnennungen, welche von der Gesamtheit des Elternanteils (n=331) abgezogen werden müssen (n=306). Allerdings wird in den institutsbezogenen Auswertungen auf den Ursprungsdatensatz zurückgegriffen (n=331) (vgl.ebd.S.65).

Das Projekt in Rh. - Pf. nahm in seiner Untersuchung während des Erhebungszeitraumes in den Modellregionen Daten von 563 Patienten und Patientinnen der psychiatrischen Kliniken auf, wovon 113 Eltern minderjähriger Kinder waren. Somit liegt der Anteil der Patienten und

Patientinnen, die zugleich Eltern sind, hier bei rund 20% (vgl., Schmutz, 2009, S. 114; ISM, 2009, S.7).

Vergleicht man die Ergebnisse aus den verschiedenen Projekten, lässt sich feststellen, dass der Anteil der Eltern im gesamten psychiatrischen Versorgungssystem in NRW mit 12,2 % deutlich unter dem Anteil der Eltern in den psychiatrischen Kliniken in Rh. - Pf. (20%) liegt, vergleicht man jedoch den Anteil der Eltern, die sich in NRW allein in stationärer Behandlung befanden, ergeben sich nahezu identische Werte. Hier liegt der Anteil der Patienten und Patientinnen, die zugleich Eltern sind, in Bielefeld bei 21,2 % und im Kreis Warendorf bei 19,1%. Verglichen mit dem Ergebnis aus der Untersuchung in Rh-Pf. (20%) zeigt sich, dass der Anteil an Eltern in den Kliniken etwa gleich groß ist. Beide Projekte zeigen, dass es sich bei dieser Klientel um keine Randgruppe handelt.

Für die Beantwortung der Frage, wie viele Kinder, die von der Jugendhilfe betreut wurden, psychisch kranke Eltern haben, suchte das Projekt in NRW den Zugang zu den Jugendämtern als Schlüsselinstanz. Es wurde eine Totalerhebung aller Familien, die Hilfen vom Jugendamt erhielten und in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, durchgeführt. Der Stichtag war der 31. Mai 2000. Die Erziehungsberatungsstellen konnten in der Befragung der Jugendämter nicht erfasst werden, da aufgrund ihres niedrig-schweligen Angebotes oftmals kein Kontakt mit dem Jugendamt erfolgt, die Erhebung aber über die Jugendämter vollzogen wurde. Die Erziehungsberatungsstellen wurden zu einem späteren Zeitpunkt erfasst, jedoch sollen diese Ergebnisse hier nicht berücksichtigt werden, da das Projekt in Rh. - Pf. sich ebenfalls nur auf die Jugendämter bezieht. Insgesamt wurden 151 Fragebögen beantwortet, wobei aus der Stadt Bielefeld nicht alle Bögen zurückgeschickt wurden und somit nicht alle Fälle erfasst werden konnten. Der tatsächliche Wert ist demzufolge höher zu vermuten (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.62). Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Zahlen im Bereich der Jugendhilfe nur einen Teil der psychisch erkrankten Eltern widerspiegeln, da die Eltern, bei denen eine psychische Krankheit vermutet, aber nicht diagnostiziert wurde, nicht mit in die Ergebnisse einfließen. Dennoch ergibt die Untersuchung in NRW, dass nahezu jede zehnte Hilfe zur Erziehung in den Untersuchungsregionen für Familien erfolgte, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt war. Insgesamt konnten 277 Kinder mit psychisch kranken Eltern von der Jugendhilfe erfasst werden (vgl. ebd. S.87).

Das Projekt in Rh. - Pf. erfasste während der Untersuchung in den Jugendämtern Daten zu 185 kollegial beratenen Familiensituationen. In 68 Fällen wurde eine psychische und/oder Suchterkrankung nachgewiesen oder es bestand der Verdacht darauf. Somit lässt sich feststellen, dass bei rund einem Drittel der Familien und bei 44% der Kinder, die Gegenstand der kollegialen Fallberatung waren, eine psychische und/oder Suchterkrankung mindestens eines



Elternteils thematisiert wurde (hierbei handelt es sich um Durchschnittswerte) (vgl. Schmutz, 2009, S. 115).

Ein genauer Vergleich hinsichtlich der Werte ist zwischen den beiden Projekten aufgrund der unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen nicht möglich. Dennoch verdeutlichen beide, dass auch für die Jugendhilfe das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ keine Seltenheit ist. So lässt sich ein nicht unerheblicher Überschneidungsbereich zur Psychiatrie nicht von der Hand weisen, auch, wenn eine psychische Erkrankung natürlich nicht automatisch die Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen bedeutet.

### **Die Situation der Familien mit psychischer Erkrankung aus der Sicht der Psychiatrie**

Ein weiterer Untersuchungsauftrag beider Projekte war, Erkenntnisse hinsichtlich der Lebenssituationen der genannten Klientel zu gewinnen. Dabei wurden zunächst wieder die psychiatrischen Einrichtungen und schließlich die Jugendämter befragt. So ging aus der Psychiatrieerhebung in NRW hervor, dass von den 306 Patienten und Patientinnen mit Kind(ern), 69,3% weiblich waren (siehe Anhang, Tabelle 4), trotz gleicher Geschlechterverteilung innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen (vgl. Schone & Wagenblass, S. 67f.). Auch das Projekt in Rh. - Pf. kam zu dem Ergebnis, von den 113 Patienten und Patientinnen mit minderjährigen Kindern 60% Mütter waren. So kommen beide Projekte zu dem Schluss, dass der Anteil der Mütter unter den erkrankten Eltern signifikant höher ist als der Anteil der Väter. Für diesen Präsenz der Mütter spielen verschiedene Gründe eine Rolle (siehe Schone & Wagenblass, 2006, S. 68ff.).

Beide Untersuchungen kommen außerdem zu dem Schluss, dass viele Eltern sich bereits zum wiederholten Mal in psychiatrischer Behandlung befanden. So fand das Projekt in NRW heraus, dass 53,6% der Eltern bereits länger als vier Jahre in entsprechender Behandlung waren und nur jeder Siebente (14,4%) sich erst seit maximal fünf Monaten in Behandlung befand. Allerdings stellte sich heraus, dass 35,6% der befragten Institutionen erst im Verlauf der letzten fünf Monate mit den Patienten und Patientinnen in Kontakt gekommen waren (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 70).

Auch das Projekt in Rh. - Pf. kam in seiner Erhebung zu dem Ergebnis, dass 60% der Patienten und Patientinnen bereits zum wiederholten Male stationär behandelt wurden (vgl. Schmutz, S. 114). Es handelt sich also oftmals nicht um eine einmalige Erkrankung bei den Eltern, was wiederum für die Kinder und Jugendlichen auch nicht eine einmalige Belastung bedeutet.

Um einen vertiefenden Einblick in die Problematik der Eltern gewinnen zu können, wurde nun gefragt, unter welchen Erkrankungen die jeweiligen Eltern litten. Hier kommen zwar beide Forschungsprojekte zu dem Ergebnis, dass die Schizophrenien und die affektiven Stö-

rungen gehäuft vorkommen, dennoch ergeben sich große Unterschiede hinsichtlich der jeweiligen prozentualen Anteile. So ermittelte NRW bei 41,2 % der Eltern eine Schizophrenie und bei 35,9% eine affektive Störung (siehe Anhang, Tabelle 5), während in Rh. - Pf. nur bei 18,5% der behandelten Eltern eine affektive und bei 25% eine schizophrene Störung diagnostiziert wurde. Stattdessen nehmen hier die Verhaltensstörungen nach Drogenkonsum einen wichtigen Anteil (25%) ein (vgl. ISM, 2009, S.7), was in NRW nicht festgestellt wurde. Allerdings werden in NRW verschiedene Verhaltensstörungen aufgelistet, die oft mit einer Suchterkrankung einhergehen (zum Beispiel die Borderline-Persönlichkeitsstörung). Möglicherweise ergeben sich die unterschiedlichen Werte daraus, dass im Projekt NRW das gesamte psychiatrische Versorgungsnetz integriert war und in Rh. -Pf. nur die Kliniken. Dies führt mich zu der Annahme, dass in Tageskliniken zum Beispiel mehr Patienten und Patientinnen mit affektiven Störungen behandelt werden, als in stationären Einrichtungen. Möglicherweise entstehen so die Differenzen hinsichtlich des Umfangs der einzelnen Erkrankungen.

Bezüglich der Anzahl der Kinder der in den psychiatrischen Einrichtungen behandelten Eltern ermittelte das Projekt in Rh. - Pf. 194 Kinder der 113 Eltern (vgl. Schmutz, 2009, S.114). Die Untersuchung im Rahmen des Projektes in NRW ergab bei 306 Eltern 476 Kinder, wobei 50% der Eltern ein minderjähriges Kind haben, rund ein Drittel zwei Kinder und nur jede zehnte Familie drei und mehr (siehe Anhang, Tabelle 6). Somit beträgt die Kinderzahl der erkrankten Eltern im Durchschnitt 1,6. Dies entspricht dem Bundesdurchschnitt. Hinsichtlich der Anzahl der Kinder pro erkranktem Elternteil liegen aus dem Projekt in Rh. - Pf. keine genauen Ergebnisse vor, sodass außer dem Aspekt, dass es sich in beiden Projekten um einen beträchtlichen Anteil von Kindern handelt, kein weiterer Vergleich gezogen werden kann.

Des Weiteren beschäftigten sich beide Praxisforschungen mit der familiären Wohnsituation der Eltern, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden. Dabei kam NRW zu dem Ergebnis, dass rund ein Drittel der Eltern nicht mehr mit seinem Kind bzw. seinen Kindern zusammenlebte. Dies betrifft jeden zweiten Vater und jede dritte Mutter. Hier haben bereits Trennungen stattgefunden. Außerdem wurde ermittelt, dass von den Eltern, die mit ihren Kindern zusammenlebten, etwa ein Drittel wiederum nicht mehr mit dem anderen Elternteil zusammenlebte. So kommt das Projekt insgesamt zu dem Schluss, dass weniger als die Hälfte der von psychischer Erkrankung ihrer Eltern betroffenen Kinder (43,8%) noch mit beiden leiblichen Eltern zusammenlebte (siehe Anhang, Tabelle 7)(vgl. Schone & Wagenblass, 2006,S.72f.). 49 Kinder lebten zum Zeitpunkt der Erhebung nicht mehr in der Familie, sondern bei Verwandten, in Heimen oder in Pflegefamilien (vgl. ebd.S.76).

Das Projekt in Rh. - Pf. kam hier zu ähnlichen Ergebnissen. Hier wurde ebenfalls festgestellt, dass nur knapp die Hälfte der Kinder noch mit dem psychisch kranken Elternteil zusammenlebte (vgl., Schmutz, 2009, S.114), wobei hier nicht ersichtlich wird, ob die Kinder mit beiden Elternteilen leben oder nur mit dem psychisch erkrankten Elternteil. Ein Drittel der Kinder lebte bei Verwandten und 15% waren fremduntergebracht. Im Gegensatz jedoch zu NRW (4%), leben hier weitaus mehr Kinder noch bei Familienmitgliedern oder Bekannten. Aus beiden Projekten wird somit ersichtlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern oftmals mit Trennungserfahrungen konfrontiert werden. Zudem weist das Projekt in NRW darauf hin, dass die alleinerziehenden Elternteile in ihrer Erhebung alle Mütter sind und verweist an dieser Stelle auf den besonderen Unterstützungsbedarf für diese Zielgruppe (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.73).

Hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsspezifität der Kinder aus den Erhebungen der Psychiatrie stellt das Projekt in NRW fest, dass es keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede gibt, die höheren Altersgruppen annähernd gleich häufig vertreten sind, aber die Gruppe der unter Dreijährigen deutlich unterrepräsentiert ist (siehe Anhang, Tabelle 8). Bezüglich der Altersspezifität stellt auch Rh. - Pf. fest, dass die Gruppe der unter Dreijährigen mit 20% nicht so oft vertreten ist wie die der älteren Kinder und Jugendlichen (vgl. ISM, 2009, S.7). Trotzdem ist der Anteil hier weitaus höher als in der Erhebung von NRW (7,4%). Die Erkenntnisse bezüglich der Unterrepräsentanz der Kinder unter drei Jahren widersprechen zunächst der Annahme, dass Mütter vor allem während der Zeit um die Geburt des Kindes anfälliger für die Ausbildung einer psychischen Erkrankung sind. Gesehen den Fall, diese Hypothese entspricht der Wahrheit, zeigen die Ergebnisse, dass dies jedoch nicht zu einer Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungsnetzes führt. So zeigen die Ergebnisse, dass die meisten Kinder die psychische Erkrankung ihres Elternteils bewusst mit erleben. Darauf ist bei der Gestaltung kindbezogener Angebote entsprechend zu achten (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.75f.).

Aus der Forschung in NRW ging außerdem hervor, dass der Anteil der Kinder, die noch bei den leiblichen Eltern leben, mit zunehmendem Alter sinkt und die Anzahl der Fremdunterbringungen steigt (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.76). Zu diesem Thema liegen aus der Forschung in Rh. - Pf. keine Ergebnisse vor.

Abschließend zur Psychiatrieerhebung in NRW wurden die Psychiatriemitarbeiter befragt, welche Hilfen bereits im Hinblick auf die Kinder angeboten werden und ob sie diese Hilfen als ausreichend betrachten. Tabelle 9 (siehe Anhang) zeigt, dass bei zwei Fünfteln der Kinder bislang keine Einrichtung unterstützend tätig wurde. Bei den Kindern unter drei Jahren wurde die Hälfte nicht unterstützt. Damit liegt diese Gruppe weit über dem Durchschnitt. Es handelt sich hierbei zwar nicht um eine große Gruppe von Kindern, dennoch ist der besonde-

re Unterstützungsbedarf dieser Altersgruppe zu bedenken. Tabelle 9 zeigt weiterhin, dass ein Fünftel der Hilfen durch die Psychiatrie allein oder in Kooperation mit anderen Institutionen erfolgte. In wiederum einem Fünftel der Fälle waren andere Institutionen tätig und in einem letzten Fünftel der Fälle hatten die Mitarbeiter der Psychiatrie keine Kenntnisse, ob sich jemand um die Kinder kümmert oder nicht. Dieses eine Fünftel der Fälle, in denen die Psychiatrie selbst aktiv wurde, sollte nicht unterschätzt werden. Schließlich zählt die Behandlung der Angehörigen nicht zu deren professionellem Auftrag. Insgesamt hängt die Unterstützung durch die psychiatrischen Dienste vom familiären Kontext der betroffenen Familie ab. Wenn andere familiäre Ressourcen zur Verfügung stehen, ist die Hilfe durch externe Einrichtungen oft nicht nötig (vgl. Schone & Wagenblass S.80).

Tabelle 10 (siehe Anhang) gibt Aufschluss darüber, wie die Einrichtungen der Psychiatrie tätig geworden sind. Dabei wird deutlich, dass die Hauptunterstützungsform der Psychiatrie die Vermittlung von Hilfen ist, wobei der wichtigste Kooperationspartner das Jugendamt ist. Eigenständige Aktivitäten von Seiten der Psychiatrie sind eher der Ausnahmefall. Auch Tabelle 11 (siehe Anhang) bestätigt das Jugendamt als den wichtigsten Kooperationspartner. Dennoch zeigt sie, dass auch ganz andere Dienste zur Unterstützung hinzugezogen wurden. Im Falle einer Kontaktierung der Kinder – und Jugendpsychiatrie ist davon auszugehen, dass hier bereits psychische Auffälligkeiten bei den Kindern bemerkt wurden, woraufhin der Kontakt zu diesem Hilfesystem gesucht wurde.

Auf die Frage, welcher Unterstützungsbedarf für die Kinder noch besteht, wurde bei 272 Kindern (57,1%) kein weiterer Hilfebedarf genannt und bei 53 Kindern wurde ein weiterer Unterstützungsbedarf eingeschätzt. Über die Art dieser Unterstützung gab es 38 Antworten. Diese beinhalteten:

- Allgemeine Unterstützung für die Kinder , einschließlich psychologischer Betreuung (9mal),
- Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung und Integration in Familiengespräche (4mal),
- Familienberatung (2mal),
- Kinderbetreuung (2mal),
- Familien-und/oder Haushaltshilfe (2mal) und
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (2mal).

Des Weiteren wurden noch neun weitere Fälle genannt, in denen ein Unterstützungsbedarf bestand, sich die Psychiatriemitarbeiter aber nicht sicher waren, in welcher Form dieser ablaufen sollte.

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass in jedem zehnten Fall der Behandlung bzw. Betreuung der Eltern, die Hilfen für die betroffenen Kinder von den Psychiatriemitarbeitern und -mitarbeiterinnen als unzureichend bewertet wurden. Bei 37,7% wussten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zudem nicht, ob ein weiterer Unterstützungsbedarf für die Kinder vorhanden war. Diese Erkenntnisse sollten zum Nachdenken anregen.

### **Die Situation der Familien mit psychischer Erkrankung aus der Sicht der Jugendhilfe**

Hinsichtlich der Familiensituation stellten beide Forschungsprojekte fest, dass auch hier wieder überdurchschnittlich oft die Mutter der psychisch erkrankte Elternteil ist. Von den 151 erfassten Familien in NRW war in 133 Fällen nur die Mutter, in zwölf Fällen nur der Vater und in sechs Fällen beide Elternteile erkrankt. Bei den 133 Fällen, in denen nur die Mutter erkrankt war, lebte diese in drei Fällen mit einem ebenfalls psychisch erkrankten Lebenspartner zusammen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.84). Die Forschung in Rh. - PF. ergab, dass von 68 erfassten Familien mit psychischer Krankheit in 80% der Fälle die Mutter und in 40% der Fälle der Vater die erkrankte Person war. In mindestens 20% der Fälle waren also beide Elternteile psychisch erkrankt (vgl. Schmutz, 2009, S.115). Beide Projekte belegen also erneut den überdurchschnittlich hohen Anteil der Mütter mit psychischer Erkrankung. Als Grund für diese Ungleichverteilung nennen Schone und Wagenblass (2006, S.85) gesellschaftliche Rollenzuweisungen. Ein Eingriff der Jugendhilfe erfolgt dann, wenn die Mutter als versorgende und erziehende Person nicht mehr zur Verfügung steht. Erkrankt der Vater, scheint dies sehr viel häufiger durch die Familie, und hier insbesondere die Mütter, aufgefangen zu werden, als wenn die Mütter erkranken.

Ein weiterer Untersuchungsauftrag beider Projekte ergab sich aus der Frage, mit welchen psychischen Erkrankungen der Eltern es die Jugendhilfe zu tun hat. Tabelle 12 (siehe Anhang) stellt die in NRW gewonnen Ergebnisse der Jugendhilfeehebung den in diesem Projekt gewonnen Ergebnissen aus der Psychiatrieerhebung gegenüber. Dabei fällt auf, dass schizophrene Erkrankungen in der Jugendhilfe zu einem sehr kleinen Teil vorkommen, wenn man bedenkt, dass es sich hierbei um die häufigste Erkrankung in der Psychiatrie handelt. Offensichtlich greifen die an einer Schizophrenie erkrankten Eltern für ihre Kinder entweder auf keine oder auf andere Unterstützungssysteme als die Jugendhilfe zurück. Eine Übereinstimmung zwischen der Erhebung in der Jugendhilfe und der der Psychiatrie ist jedoch in Bezug auf die Depression festzustellen. Eltern mit organischen Psychosyndromen /Intelligenzminderungen und Eltern mit einer zusätzlichen Suchterkrankung werden wiederum von den Fachkräften der Jugendhilfe sehr viel öfter genannt, als dies in der Psychiatrie der Fall war. Anscheinend fallen bei diesen Erkrankungen die elterlichen und familiären Versorgungssysteme sehr oft aus, sodass Jugendhilfeleistungen in Anspruch genommen werden müssen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 86).

Bemerkenswert ist jedoch noch ein anderer Aspekt, und zwar, dass die Jugendhilfe in 20% der Fälle keine Kenntnisse über die Art der elterlichen Erkrankung hatte und auch nicht wusste, ob sich der betreffende Elternteil zum Zeitpunkt der Erhebung noch in psychiatrischer Behandlung befand (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.85). Auch aus der Untersuchung des Projektes in Rh. - Pf. ging hervor, dass in zwei Dritteln der Fälle die Jugendhilfe über keine Diagnose verfügte (vgl. Schmutz, 2009, S. 115). Das Wissen um die verschiedenen Krankheitsbilder gehört zwar nicht zum direkten Aufgabenbereich der Jugendhilfe, dennoch gilt, sich die Frage zu stellen, ob derartige Informationen nicht nötig wären, um Fälle, in denen eine psychische Krankheit eine Rolle spielt, angemessen bearbeiten zu können. Hier scheint es also Defizite in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie zu geben.

Bezüglich der Anzahl der Kinder in den vom Jugendamt betreuten Familien kam das Forschungsprojekt in NRW zu dem Ergebnis, dass jede Familie im Durchschnitt 1,8 Kinder hat. Mit diesem Wert liegen die Familien der Jugendhilfe über dem Bundesdurchschnitt und auch über dem Durchschnitt der Psychiatrie (siehe S.59). Nur 26,7% der Kinder waren Einzelkinder. 25% der Familien hat drei oder mehr Kinder (siehe Anhang, Tabelle 13) (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.87). Die Ergebnisse aus dem Projekt in Rh. - Pf. ergeben, dass 70% der Familien zwei und mehr Kinder hat und der Anteil der Familien mit drei und mehr Kindern dabei bei rund 43% liegt. Somit ergibt sich, dass auch hier der Anteil der Familien mit Einzelkindern bei circa 30% liegt (vgl. Schmutz, 2009, S.115).

Auch die familiäre Wohnsituation der von den Jugendämtern erfassten Familien wurde untersucht. Beide Projekte stellten diesbezüglich gravierende Unterschiede zu den jeweiligen Psychiatrieerhebungen fest, denn das Ausmaß der familiären Umbrüche ist bei der Jugendhilfeehebung deutlich größer. Die Ergebnisse aus NRW ergeben, dass rund 53 % der Kinder noch mit mindestens einem Elternteil zusammenlebten, wobei nur noch ein Fünftel mit beiden leiblichen Eltern zusammenlebte und über ein Drittel der Kinder bei nur noch einem Elternteil oder in einer zusammengesetzten Familie lebte. Ein weiteres Drittel war bereits in Pflegefamilien oder Heimen fremduntergebracht worden (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 89). Die Untersuchung in Rh. - Pf. ergab ebenfalls einen hohen Anteil von Fremdunterbringungen in Heimen oder Pflegefamilien (23%). Außerdem zeigte die Untersuchung, dass 70% der Kinder noch mit mindestens einem Elternteil zusammenlebten und 6% der Kinder von Verwandten, Bekannten oder Dritten betreut wurden (vgl. Schmutz, 2009, S. 115). Der hohe Anteil von Fremdunterbringungen ist auch auf bereits zurückliegende Interventionen von Seiten der Jugendhilfe zurückzuführen. In den Untersuchungsergebnissen von NRW ist die Betreuung durch zum Beispiel Verwandte gar nicht zu finden, allerdings ist nicht geklärt, ob diese Form der Betreuung mit zu den Fremdunterbringungen gezählt wurde.

Mit der Alters- und Geschlechtsspezifität befasste sich nur die Forschung in NRW. Auch hier fällt, ähnlich wie bei der Psychiatrieerhebung, auf, dass die Gruppe der unter Dreijährigen deutlich und die der Drei- bis Sechsjährigen etwas unterrepräsentiert ist (Tabelle 14, siehe Anhang). Psychisch kranke Eltern mit sehr kleinen Kindern finden sich somit kaum Aufmerksamkeit in den Jugendämtern. Die Kinder der Eltern werden in etwa genau so selten von der Jugendhilfe erfasst, wie die Eltern selbst in der Psychiatrie vertreten sind. Die Annahme, dass insbesondere jüngere Kinder, die von ihren Eltern aufgrund deren psychischer Erkrankung nicht ausreichend versorgt und kaum angemessen erzogen werden können, der Aufmerksamkeit der Jugendhilfe bedürfen, da sie in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Eltern stehen und auch noch keine eigenen Ressourcen haben, auf die sie zurückgreifen könnten, kann durch die Praxis der in diesem Projekt integrierten Jugendämter nicht bewiesen werden. Allerdings kann nicht geklärt werden, ob dies dran liegt, dass der Jugendhilfe die Zugänge zu solchen Familien fehlen oder ob hier andere Kompensationsmechanismen greifen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.88f.).

Als letzter Punkt der Bestandsaufnahme galt es, herauszufinden, welche Hilfen durch das Jugendamt initiiert wurden und wo eventuell noch Handlungsbedarf besteht. Diesen Fragen widmete sich auch hier nur das Forschungsprojekt in NRW. Dabei listet Tabelle 15 (siehe Anhang) die verschiedenen Angebote der befragten Jugendämter auf, welche für Kinder von psychisch kranken Eltern realisiert wurden. Daraus geht hervor, dass ein Drittel der Familien Hilfen im Rahmen der allgemeinen Familienförderung- und Beratung (§16 SGBVIII) erhielten. Dies beinhaltete die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und der Entwicklung der Kinder. Spezielle Angebote, wie zum Beispiel die zur Förderung der Erziehung in der Familie wurden nur sehr selten durchgeführt. Dies ist jedoch unverständlich, da sich gerade diese Hilfen auf Eltern beziehen, die aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen als Erziehungsperson nicht zur Verfügung stehen (vgl. §20 SGBVIII) oder die aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung solche Hilfen brauchen (vgl. §19 SGBVIII). Die meisten Hilfen (zwei Drittel der Fälle) erfolgten laut der Tabelle im Rahmen der Hilfe zur Erziehung. Diese bestand in zwei Fünfteln der Fälle in Fremdunterbringungen (inkl. Verwandtschaftspflege) und in einem Fünftel der Fälle in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Alle weiteren Hilfen erfassten lediglich 3,3% der 277 Kinder. Dieser Überblick über die Art der Hilfen durch das Jugendamt zeigt, dass die Jugendhilfe stark elternfixiert und polarisiert arbeitet. Entweder es wird eine Hilfe zur Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit veranlasst (Sozialpädagogische Familienhilfe), oder es wird eine Fremdunterbringung verordnet, wenn die Erziehungsfähigkeit der Eltern nicht gegeben scheint. Spezielle Angebote, die auf die Kinder und Jugendlichen zugeschnitten sind, spielen kaum eine Rolle, obwohl das KJHG auch diese Hilfen enthält. So werden zum Beispiel die Tagesgruppe, die Soziale Gruppenarbeit oder der Erziehungsbeistand als spezielle Unterstützungsangebote für die Kinder und Jugendlichen

kaum genutzt. Hierin besteht die Gefahr, dass auch die Jugendhilfe sich nicht angemessen mit der Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ auseinandersetzt und dass auch hier eine Tabuisierung passiert, es sei denn, Sozialpädagogische Familienhilfe, Pflegefamilie und Heim greifen diese Problematik entsprechend intensiv auf. Auch die Eingliederungshilfen (§35 SGB VIII) können sich keiner besonderen Aufmerksamkeit erfreuen. In 23 (8,5%) Fällen stand das Jugendamt zwar mit der Familie in Kontakt, allerdings wurden keine Hilfen für die Kinder umgesetzt. Als Gründe können hier genannt werden, dass es sich entweder um ein Erstgespräch zum Stichtag der Erhebung handelte und somit noch keine Hilfen vereinbart werden konnten, dass das Jugendamt zwar Kontakt zur Familie hatte, es jedoch nicht für jedes Kind eine Unterstützung gewährte oder die Jugendhilfe zwar Hilfen anbot, die Eltern sie aber nicht wahrnahmen.

Die letzte Frage der Untersuchung in NRW zur dieser Bestandaufnahme beschäftigte sich damit, welchen weiteren Unterstützungsbedarf die Fachkräfte der Jugendhilfe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sehen. Bemerkenswert ist an dieser Stelle zu nennen, dass nur in 32 der 151 Fragebögen Auskunft zu diesem Sachverhalt gegeben wurde. Hier stellt sich mir die Frage, ob die Fachkräfte der Jugendhilfe Bedenken hatten, sich bezüglich dieser Frage zu äußern, aus Angst vor einer möglichen Schuldzuweisung. Die anderen Fragebögen ergaben folgenden weiteren Hilfebedarf:

- Einleitung von Hilfen zur Erziehung (14mal)
- Spezielle Angebote im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung (12mal)
- Allgemeine Entlastung (3mal)
- Angebote der Kinder – und Jugendpsychiatrie (2mal)
- Sonstiges (3mal)

Als Hilfen zur Erziehung wurde siebenmal die Fremdunterbringung entweder im Heim (3mal) oder bei einer Pflegefamilie (4mal) gewünscht. Bezogen auf die gewünschten Hilfen verwiesen mehrere Fachkräfte der Jugendhilfe darauf, dass die Hilfen zwar eingeleitet worden seien, die Eltern sich aber nicht bereit erklärt hätten, sie auch in Anspruch zu nehmen. Unter den speziellen Angeboten im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung wurden spezielle Familienberatung (3mal), Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern (4mal), Mutter-Kind-Angebote (2mal) und die Gestaltung begleiteter Besuchskontakte zwischen Eltern und Kind gewünscht. Bis auf die Gruppenangebote im Sinne der Sozialen Gruppenarbeit, sind dies keine Angebote der Hilfen zu Erziehung. Somit stehen diese auch nur sporadisch zur Verfügung.

Insgesamt wurde das bestehende Handlungsspektrum der Jugendhilfe als ausreichend betrachtet, um den betroffenen Kindern die nötige Beratung, Unterstützung und Hilfe zu ermöglichen (vgl. Schone & Wagenblass, S.92ff.).



#### **7.4.4 Konfliktlinien und Spannungsfelder zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie - am Beispiel des Praxisforschungsprojektes in NRW**

Um Kindern psychisch kranker Eltern angemessene Hilfen zur Verfügung stellen zu können, bedarf es einer gelingenden Kooperation und Kommunikation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Doch diese ist in der Praxis oftmals nicht systematisch umsetzbar, denn verschiedene gesetzliche Aufträge, rechtliche Grundlagen und daraus resultierende Anspruchsvoraussetzungen, verschiedene Finanzierungswege bzw. -quellen und verschiedene fachliche Vorstellungen und Handlungsweisen bilden teilweise eine große Barriere, die eine solche Zusammenarbeit verhindert (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.96). Die im Folgenden aufgeführten Konfliktlinien und Spannungsfelder sind das Resultat aus den Befragungen der Fachkräfte, sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie, als auch in der Jugendhilfe, welche während des Praxisforschungsprojektes in NRW durchgeführt wurden. Einzelne Auszüge aus den Befragungen sollen verschiedene Problemlagen untermauern. Diese werden im Anhang zu finden sein.

##### **Konfliktlinien**

Zunächst soll anhand der verschiedenen Sichtweisen beider Hilfesysteme ein erster Konflikt verdeutlicht werden.

##### **Die Zugangsweise der Erwachsenenpsychiatrie**

Die Erwachsenenpsychiatrie verfolgt das Ziel, erkrankte Menschen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und zu begleiten bzw. ihnen dabei zu helfen, mit ihrer Erkrankung leben zu lernen. Die Bedürfnisse der Patienten, ihre Ressourcen zur Alltagsbewältigung sowie ihre Problemlagen stehen im Mittelpunkt der Behandlung. Angehörigenarbeit findet meist nur mit den erwachsenen Angehörigen statt. Nur allzu selten werden die Kinder als „kleine“ Angehörige mit ihren spezifischen Belastungssituationen im Hinblick auf die psychische Erkrankung des Elternteils berücksichtigt. Überhaupt wird nur sehr selten in Betracht gezogen, dass die psychisch erkrankte Person auch Mutter oder Vater eines oder mehrerer minderjähriger Kinder sein kann (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.96f.).

##### **Die Zugangsweise des Jugendamtes bzw. der Jugendhilfe**

Die Jugendhilfe und das Jugendamt verfolgen das Ziel, verbesserte Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu schaffen und stellen zu diesem Zweck verschiede-

ne Angebote zur Verfügung (siehe Punkt 7.3). Im Mittelpunkt steht hier das Wohl der Kinder und Jugendlichen, welche in der Erwachsenenpsychiatrie allenfalls als Angehörige betrachtet werden.

Die unterschiedlichen Sichtweisen und Bewertungsgrundlagen sind als Ursache für die Entstehung struktureller Konflikte in der Zusammenarbeit zwischen den beiden Hilfesystemen zu sehen (vgl.ebd.S.96f.). Während die Erwachsenenpsychiatrie zum parteilich professionellen Helfer für den erkrankten Elternteil wird, steht die Jugendhilfe hinter den Kindern und Jugendlichen und tritt für deren Wohl ein. In Folge dessen beziehen sich die Unterstützungsangebote nur auf Teile des Systems Familie, Hilfsmöglichkeiten sowie ihre Finanzierungswege sind zersplittert und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Institutionen ist unzureichend (siehe Anhang, Interviews 10,11).

Erschwerend für die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie kommt hinzu, dass die Prozesse der psychiatrischen Diagnose und die des sozialpädagogischen Fallverstehens wenig vergleichbar und kaum kompatibel sind. Psychische Störungen werden auf der Grundlage allgemein gültiger Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM- IV) diagnostiziert. Hierbei handelt es sich um standardisierte Störungsbilder. Die Psychiatrie weiß, nach der Diagnose der entsprechenden Störung, welche Medikamente jeweils greifen und welcher Therapie der Patient oder die Patientin bedarf. In der Sozialpädagogik hingegen gilt die Orientierung am Einzelfall. Sie versucht mithilfe der Sozialpädagogischen Diagnostik und dem Sozialpädagogischen Fallverstehen einen möglichst detaillierten Blick auf die Person zu bekommen. Dies beinhaltet deren Biografie, Lebenssituation, Probleme, Handlungsmuster sowie deren Entwicklungsmöglichkeiten. Schwerpunkt der Sozialen Arbeit ist hierbei ein ressourcenorientiertes und kein defizitorientiertes Handeln (vgl. ebd. S. 215f.).

Weitere Konflikte entstehen aufgrund der nicht vorhandenen Kenntnisse über das jeweils andere Hilfesystem. Die Erwachsenenpsychiatrie verfügt nur über ein sehr geringes Wissen in Bezug auf die Belastungssituationen der Kinder und Jugendlichen erkrankter Eltern, während die Jugendhilfe kaum Kenntnisse hinsichtlich der verschiedenen psychischen Störungsbilder hat. An dieser Stelle entsteht ein Informationsproblem zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe. In Folge dessen werden völlig überhöhte Erwartungen an die Leistungen des jeweils anderen Systems gestellt. Insbesondere dann, wenn die eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft scheinen, entstehen unrealistische und überzogene Erwartungen an die Problemlösekompetenzen der anderen Einrichtung. Dabei besteht die Gefahr einer eintretenden Erwartungsenttäuschung auf beiden Seiten. Dies wiederum führt zu einem Vertrauensverlust hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des jeweils anderen Systems, weil Sachverhalte vorausgesetzt wurden, welche zu erfüllen das andere System nicht in der Lage ist (vgl.ebd.S.142f.).

Ein weiterer Aspekt, welcher zu Konflikten führt, ist die Tatsache, dass beide Systeme nach jeweils unterschiedlichen Zeittakten arbeiten. Hierbei handelt es sich um ein institutionell begründetes Problem. Die Verweildauer psychisch erkrankter Erwachsener in stationären Einrichtungen wurde erheblich gekürzt. Somit findet der Großteil des Gesundungsprozesses heute zu Hause statt. Durch die kurze Verweildauer in stationären Einrichtungen entsteht jedoch für die Jugendhilfe ein erhöhter Zeitdruck. Innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums ist sie nun verpflichtet, eine soziale Problem diagnose zu treffen, ein Problemverständnis zu entwickeln, ein Behandlungskonzept zu entwerfen, die Nachsorge zu planen und gegebenenfalls die Versorgung der Kinder sicher zu stellen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten und Patientinnen vor allem in der akuten Krisensituation insbesondere die Unterstützung des behandelnden Psychiaters brauchen. In dieser Zeit bleibt also kein Platz für langwierige Aushandlungsprozesse hinsichtlich der Hilfen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. So muss schließlich innerhalb kürzester Zeit eine Entscheidung über die Hilfen der Kinder und Jugendlichen getroffen werden. Dies ist jedoch problematisch, denn die Entscheidungsprozesse der Jugendhilfe brauchen Zeit, aufgrund des Aushandlungscharakters dieser Hilfen (Hilfeplan § 36 KJHG). Folglich ist ein Teil der erwachsenen Patienten und Patientinnen bereits in andere Einrichtungen verwiesen worden, bevor eine angemessene Hilfe für die Kinder und Jugendlichen gefunden werden konnte. Daher entwickelt die Erwachsenenpsychiatrie den Gedanken, dass die Jugendhilfe Problemlösungen verschleppt und schnelles Handeln verhindert, während die Jugendhilfe die Ansicht vertritt, dass die Psychiatrie ihr keinen Raum für eigene Problemdeutungen lässt (siehe Anhang, Interview 12) (vgl.ebd.S.143f.).

Im Zusammenhang mit dem Thema Zeit ergibt sich noch eine weitere Problematik, mit welcher Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe zu kämpfen haben. Dabei handelt es sich um die kindbezogenen Zeitvorstellungen der Jugendhilfe auf der einen Seite und den erwachsenen - bzw. elternorientierten Zeitvorstellungen der Psychiatrie auf der anderen. Auch wenn es seine Zeit dauert, bis endgültige Entscheidungen getroffen werden, drängt die Jugendhilfe vor allem bei jüngeren Kindern darauf, möglichst keine unsicheren Zeiten aufkommen zu lassen. Stattdessen hat sie eine dauerhafte Entscheidung für das Kind zum Ziel, wie zum Beispiel eine Fremdunterbringung. In diesem Zusammenhang erwartet die Jugendhilfe von der Psychiatrie, dass diese ein entsprechendes Gutachten anfertigt, welches den Nachweis der dauerhaften Erziehungsunfähigkeit der Eltern liefert. Sinn dieses Gutachtens ist einerseits die fachliche Abklärung des Falles, andererseits dient es aber auch als Legitimation für die Entscheidung, die auf eine oftmals langfristige Lösung für das Kind ausgerichtet ist. Die Psychiatrie erstellt solche Gutachten jedoch aus drei Gründen äußerst ungern:

1. Prognostische Gutachten sind auch in der Psychiatrie mit Unsicherheiten verbunden.

2. Diese Gutachten stehen dem Ziel entgegen, die Erkrankten darin zu unterstützen, ihre Krankheit zu überwinden oder zumindest mit ihr zu leben.
3. Diese Gutachten verdeutlichen, sobald sie erstellt werden, den Patienten und Patientinnen, dass es kaum eine Hoffnung auf Heilung gibt, und dies wiederum ist für die Gesundheit nicht von Vorteil.

Auch diese unterschiedlichen Perspektiven führen in der Praxis zu Konflikten und Missverständnissen (siehe Interview 13) (vgl.ebd.S.215).

Ein weiteres Kooperationsproblem zwischen der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie entsteht aufgrund der verschiedenen Sichtweisen innerhalb der eigenen Profession Sozialarbeit. Obwohl das Berufsfeld der Sozialen Arbeit sowohl im sozialpsychiatrischen Dienst als auch in der Jugendhilfe die Hauptprofession darstellt, scheint hier keine reibungslose Zusammenarbeit möglich zu sein, da unterschiedliche Systemlogiken anscheinend nachhaltiger auf das berufliche Selbstverständnis und die eigene professionelle Identität wirken, als die gemeinsame Professionslogik. Dies bedeutet, dass der über die Profession definierte gemeinsame Auftrag der Sozialen Arbeit zugunsten des jeweiligen institutionellen Auftrages zurücktritt (vgl. ebd.S.144.).

Neben diesen genannten Interkooperationsproblemen, also Problemen zwischen den verschiedenen Hilfesystemen, sind auch verschiedene Intraoperationsprobleme zu nennen, welche Konflikte innerhalb eines jeden Systems beschreiben.

Da die Erwachsenenpsychiatrie über ein breites Versorgungsspektrum verfügt, geschieht es häufig, dass Patienten und Patientinnen nicht nur von einer Einrichtung (zum Beispiel einer Klinik) betreut werden, sondern auch parallel dazu von einer anderen (zum Beispiel von der Institutsambulanz). Die Übergänge sind dabei fließend, und um diese optimal gestalten zu können und somit überflüssige Überschneidungen zu verhindern, ist es notwendig, dass eine gute Kooperation der Fachkräfte innerhalb des psychiatrischen Versorgungsnetzes existiert. Allerdings ist dies in der Praxis oftmals nicht der Fall (vgl.ebd.S.144f.).

Auch in der Jugendhilfe gibt es derartige Kooperationsprobleme insofern, als dass die einzelnen Angebote nicht immer aufeinander abgestimmt sind. Dies geschieht, indem die einzelnen Fachkräfte nicht miteinander, sondern nebeneinander arbeiten. Oftmals sind es zum Schluss die Betroffenen selbst, die die Hilfeangebote koordinieren müssen.

Wenn es bereits innerhalb eines Systems zu unklaren Zuständigkeiten und Kooperationsproblemen kommt, ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Systemen umso schwerer.

Trotz aller Kritikpunkte funktioniert die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie in Einzelfällen sogar ganz gut. Die Schwierigkeiten entstehen vor allem in Bezug auf dauerhafte institutionalisierte Formen der Vernetzung (vgl. ebd.S.145).

### **Spannungsfelder**

Neben dem beschriebenen Spannungsfeld, gibt es noch weitere Spannungsfelder zwischen diesen Systemen, welche folgende Dimensionen umfassen:

1. zwischen Hilfe und Kontrolle,
2. zwischen Autonomie und Zwang,
3. zwischen Prävention und Intervention,
4. zwischen Besonderung und Normalisierung und
5. zwischen Niedrig - Schwelligkeit und Komm-Struktur.

#### **Zwischen Hilfe und Kontrolle**

Die Jugendhilfe führt in ihrer Arbeit ein doppeltes Mandat. Einerseits hilft sie den Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder sowie deren Versorgung (Hilfedimension), andererseits ist sie dazu verpflichtet, die Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und entsprechend zu intervenieren (Kontrollfunktion). Trotz dieses kontrollierenden Auftrages, stellt sie auch präventive Angebote bereit, mit dem Ziel, Eskalationen innerhalb der Familie zu verhindern. Dennoch wird die Jugendhilfe, und hier speziell das Jugendamt, sehr viel stärker als Kontrollinstanz wahrgenommen. Sowohl die psychisch erkrankten Eltern, als auch die Fachkräfte der Psychiatrie betrachten das Jugendamt oftmals als „Kind-weg-nehm-Amt“. Dieses negative öffentliche Erscheinungsbild erzeugt negative Erwartungen bei den betroffenen Eltern und den Fachkräften der Psychiatrie hinsichtlich der zukünftigen Verhaltensweisen des Jugendamtes (siehe Interviews 14,15). Durch diese Einstellung wird die Kooperation mit dem Jugendamt, und letztlich auch mit der gesamten Jugendhilfe, reduziert. Hilfen werden erst dann in Anspruch genommen, wenn Probleme eskalieren oder die Kinder und Jugendlichen selbst in Krisen auffällig werden. Leider reicht dann jedoch ambulante Familienhilfe oft nicht mehr aus und eine Fremdunterbringung wird veranlasst. Somit bestätigt sich das Klischee des „Kind-weg-nehm-Amtes“ (vgl.ebd.S.148f.).

#### **Zwischen Autonomie und Zwang**

Infolge der Psychiatriereform wurden die Rechte der Patienten und Patientinnen gestärkt. Zwangsmaßnahmen nach dem PSyChKG (Landesgesetz für psychisch kranke Personen) sollen so weit wie möglich vermieden werden. Diese Entwicklung beeinflusst wieder die Kooperation mit der Jugendhilfe. Wenn psychisch kranke Eltern sich dagegen weigern, Hil-

fen der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen, liegt es an der Psychiatrie, einzuschätzen, ob hier die Würde und Autonomie des Patienten bzw. der Patientin oder das Wohl des Kindes Vorrang hat. Eine Kontaktierung des Jugendamtes gegen den Willen der Eltern findet in der Regel erst dann statt, wenn das familiäre Gefüge zusammenzubrechen droht. In solchen Situationen ist schnelles Handeln gefragt. Jedoch fehlt dann meist die Zeit für gemeinsame Entscheidungen (vgl. ebd.S.150).

#### Zwischen Prävention und Intervention

Präventive Angebote der Jugendhilfe, die leider nur allzu selten in Anspruch genommen werden, stehen auch dann zur Verfügung, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung (noch) gewährleistet ist (siehe Anhang, Tabelle 16). Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind verpflichtet, diese Angebote bereits zustellen (§79, 80 KJHG). Allerdings ist die Infrastruktur bzgl. präventiver Angebote in vielen Kommunen unterentwickelt. Hinzu kommt, dass die entsprechenden Fachkräfte (zum Beispiel Erzieherinnen in Kitas) sich ihres präventiven Auftrages nicht bewusst sind und weder über entsprechende Sensoren, noch über die nötigen Handlungsstrategien verfügen. Die Folge ist, dass Kinder psychisch kranker Eltern erst dann Aufmerksamkeit bekommen, wenn die familiäre Situation eskaliert (vgl.ebd.S.151).

#### Zwischen Besonderung und Normalisierung

Die Kinder psychisch kranker Eltern bedürfen einer besonderen Hilfe und Unterstützung in einem geschützten Raum. Dennoch muss bedacht werden, dass diese Angebote meist zeitlich befristet sind, womit sie allein unzureichend sind. Es bedarf zudem an einer Nachsorge dieser Kinder und Jugendlichen sowie einer Integration in bestehende soziale Netzwerke, wie beispielsweise in Sportvereine oder Jugendverbände (vgl.ebd. S. 152).

#### Zwischen Niedrig - Schwelligkeit und Komm - Struktur

Psychisch kranke Eltern nehmen oftmals keine Hilfe in Anspruch, weil sie Angst haben, ihre Erkrankung könnte öffentlich gemacht werden. Selbst wenn diese Eltern sich an die Jugendhilfe wenden, verschweigen sie meist die Tatsache, dass sie unter einer psychischen Erkrankung leiden und geben nur die Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder bzw. ihres Kindes an. Die Komm - Struktur vieler Einrichtungen und Angebote stellt zudem ein Hindernis in Bezug auf die Kontaktaufnahme mit den betroffenen Familien dar. Sie führt dazu, dass solche Angebote kaum nachgefragt werden (vgl.ebd.S.152f.).

#### **7.4.5 Vorschläge für eine verbesserte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie – Erkenntnisse aus den Praxisforschungen**

Neben den genannten Konflikten und Spannungsfeldern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, gibt es auch Gemeinsamkeiten beider Hilfesysteme, unter deren Berücksichtigung eine funktionierende Kooperation gelingen könnte. Sowohl Jugendhilfe als auch Psychiatrie verfolgen einen Versorgungsauftrag und arbeiten ressourcenorientiert. Ihr Ziel ist der Erhalt und die Stärkung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten, sowie eine bedarfsgerechte und lebensweltorientierte bzw. gemeindenah orientierte Angebotsstruktur. Die Klienten und Klientinnen bzw. Patienten bzw. Patientinnen werden als autonome, aktiv handelnde Subjekte wahrgenommen. Als solche sollen sie die Behandlung bzw. Hilfeleistung mitgestalten. Beide Hilfesysteme sehen die Befähigung des Einzelnen, sich mit seinen Stärken an diesem Prozess zu beteiligen, als eine wichtige Voraussetzung für einen Behandlungs- bzw. Hilfeerfolg. Schon allein ein Besinnen auf diese Gemeinsamkeiten und davon ausgehend die Überlegung, inwiefern diese Ansatzpunkte eine gemeinsame Blickrichtung für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familien schaffen könnten, könnte ein erster Schritt in Richtung einer gelingenden Kooperation und Kommunikation sein (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 145f.).

Die hier gewonnen Erkenntnisse gingen in NRW aus den Befragungen der Fachkräfte hervor und im Projekt Rh. - Pf. kam das Gremium zu den jeweiligen Ergebnissen.

Beide Praxisforschungen sind zu dem Ergebnis gekommen, dass dem Sozialpsychiatrischen Dienst eine besondere Brückenfunktion zukommen sollte. Die folgenden Vorstellungen bezüglich dieses Arrangements stammen aus der Praxisforschung in NRW. Wenn die Patienten und Patientinnen aus der (teil-) stationären Behandlung entlassen werden, ist es Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, ihre familiäre und soziale Situation ambulant weiter zu verfolgen. So wird dieser zu einem wichtigen Ansprechpartner für die (teil-) stationären Versorgungssysteme und auch die Institutsambulanzen. Außerdem ist der Sozialpsychiatrische Dienst vor allem bei Patienten und Patientinnen mit Kindern gefragt, da seine aufsuchende Struktur es ihm ermöglicht, direkt in der Familie abzuklären, ob die Versorgung und Erziehung der Kinder angemessen ist. Er ist zwar nicht für die Betreuung der Kinder zuständig, aber es ist seine Aufgabe, herauszufinden, inwiefern die entlassenen Patienten und Patientinnen in der Lage sind, ihren Alltag und die damit verbundenen Pflichten zu meistern. Zu diesen Pflichten gehört auch die Versorgung und Erziehung der Kinder. Insofern stellt der Sozialpsychiatrische Dienst auch einen wichtigen Kooperationspartner für die Jugendhilfe dar, denn er hat Einblick in die familiäre Situation der entlassenen erkrankten Eltern und kann im Bedarfsfall das Jugendamt einschalten. Daraus ergibt sich die Brückenfunktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Für eine gelin-

gende Kooperation wäre es in diesem Zusammenhang von Vorteil, wenn der sozialpsychiatrische Dienst Mitarbeiter des psychiatrischen Versorgungsnetzes beschäftigen würde, die gleichzeitig bei der Stadt oder dem Kreis angestellt sind (siehe Anhang, Interview 16).

Probleme des Sozialpsychiatrischen Dienstes innerhalb dieser Brückenfunktion wurden jedoch dann festgestellt, wenn bereits während der Behandlung des psychisch kranken Elternteils deutlich wurde, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder zumindest droht. In solchen Situationen muss im Hinblick auf die Kinder schnell gehandelt werden, was für den Sozialpsychiatrischen Dienst schwierig ist, da es einige Zeit dauert, bis ein erster Hausbesuch erfolgt. In dieser Zeit, die somit verloren geht, könnte sich die Situation der Kinder dramatisch verschlechtern.

Die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst wurde von den Fachkräften der Jugendhilfe aus dem Projekt in NRW als gut funktionierend bezeichnet. Hier nehmen die Fachkräfte des Sozialpsychiatrischen Dienstes an Fallbesprechungen der Jugendhilfe teil oder begleiten diese mit in Familien, in denen eine psychische Erkrankung vermutet wird, wenn die Eltern dies erlauben. Als besonders empfehlenswert nannten die Fachkräfte der Jugendhilfe die Familienbesuche, in denen der Sozialpsychiatrische Dienst sich vor allem auf die Belange der Eltern und deren Bedürfnisse konzentrierte und die Jugendhilfe wiederum die Interessen der Kinder vertrat. Dennoch sind manche der befragten Fachkräfte der Ansicht, dass die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Sozialpsychiatrischen Dienst noch intensiver gestaltet werden sollte (vgl. Schone und Wagenblass, 2006, S.135ff.).

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für eine bessere Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen, ist die Organisation gemeinsamer Fort- und Weiterbildungen (siehe Anhang, Interview 17). Dabei beschreibt die Praxisforschung in NRW folgende drei Ebenen, auf denen diese stattfinden sollten:

1. Klassische Fortbildungsinhalte

Dies beinhaltet vorwiegend die Informationsvermittlung von psychischen Krankheitsbildern, -verläufen, -folgen und -prognosen für die Fachkräfte der Jugendhilfe. Dieses Wissen stellt die Basis für den Zugang zu den betroffenen Familien, die Gestaltung adäquater Hilfen, den erzieherischen Bedarf und im Zweifelsfall die Gefährdungseinschätzung der Kinder in den Familien dar. Die Fachkräfte der Psychiatrie äußerten hier keinen besonderen Wissensbedarf hinsichtlich der Inhalte der Jugendhilfe.

2. Fachliche, rechtliche und administrative Handlungsmuster der jeweiligen Systeme

Die Fachkräfte beider Hilfesysteme äußerten den Wunsch, Kenntnisse über die Handlungsmuster des jeweils anderen Hilfesystems zu erlangen.

3. Wissen über das konkrete örtliche Netzwerk an Institutionen und Personen



Um diese Wissenslücken aufzufüllen, wären örtliche Fortbildungen hilfreich, die neben den inhaltlichen Aspekten auch eine Verbesserung der Kommunikation der Mitarbeiter im örtlichen Bereich beinhalten. Solche Fortbildungen ließen sich zum Beispiel leicht in Eigenregie organisieren, indem die vor Ort arbeitenden Fachkräfte lediglich über eine gute Moderation abgerufen werden müssten. Der Vorteil einer solchen Fortbildung besteht darin, eine gemeinsame Qualifikation zu finden und durch das Zusammentreffen der verschiedenen Professionen ein Netzwerk zu schaffen (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 137ff.).

Auch das Forschungsprojekt in Rh. - Pf. bescheinigt die Notwendigkeit dieser Fort- und Weiterbildungen und sieht neben den in der Forschung von NRW genannten Zielen auch die Möglichkeit, im Rahmen solcher Treffen gemeinsam neue Konzepte zu entwickeln.

Eine weitere Idee, die aus dem Gremium des Projektes in Rh. - Pf. hervorging, ist die Einführung gemeinsamer strukturell verankerter Orte für Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, wo die verschiedenen Fachkräfte regelmäßig zusammenkommen, um über die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ zu diskutieren und beratschlagen. Diese Treffen dienen unter anderem dem gegenseitigen Kennen- und Verstehen lernen beider Hilfesysteme und schaffen zudem einen gemeinsamen Gesprächsraum für die Klärung von Fragen, Schnittstellen und Vorgehensweisen die Zielgruppe betreffend.

Des Weiteren kam das Gremium zu dem Ergebnis, dass eine Kooperation beider Hilfesysteme speziell im Einzelfall nur dann gelingen kann, wenn ein gemeinsames Fallverständnis vorhanden ist, ohne dass die institutionsbezogenen Aufträge verschwimmen. Dies kann, außer in den Fort- und Weiterbildungen, auch in Helferkonferenzen oder in institutionsübergreifenden Fallberatungen erfolgen. Damit solche Treffen stattfinden können, bedarf es entsprechender Vereinbarungen zur Durchführung (Ort, Moderation, Turnus).

Als weiteren Vorschlag für eine bessere Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie nennt das Gremium aus Rh. - Pf. die Einführung gemeinsamer Aktivitäten beider Institutionen. Zum Beispiel Eltern-Kind-Gruppen könnten von einer Fachkraft der Jugendhilfe und einer der Erwachsenenpsychiatrie gemeinsam geplant, durchgeführt und ausgewertet werden. Durch diese enge Zusammenarbeit könnte ein besseres Verständnis für die andere Profession entstehen (vgl. Schmutz, 2009, S. 117f.).

Es gibt also zahlreiche Vorschläge, die zu einer besseren Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie beitragen könnten. Positiv zu nennen ist hier, dass sich die verschiedenen Fachkräfte durch die Projekte mit möglichen Problemen, die Kooperation betreffend, befassen. Durch diese Auseinandersetzung mit einer nachgewiesenen schwierigen Zusammenarbeit beider Systeme, konnte sich bei den beteiligten Institutionen ein Problem-

bewusstsein entwickeln. Dieses kann als erster Schritt in Richtung einer besseren Zusammenarbeit gewertet werden und hat kreative Verbesserungsvorschläge bewirkt.

#### **7.4.6 Konkrete Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern - Erkenntnisse aus den Praxisforschungen**

Um angemessene Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder gewährleisten zu können, bedarf es der Veränderung bereits bestehender Angebote, die Beibehaltung bewährter Hilfen und die Einführung neuer Konzepte und Ideen für eine bessere Praxis. Die Ergebnisse aus der Praxisforschung in NRW gingen aus den Experteninterviews hervor, die Erkenntnisse des Projektes in Rh. - Pf. stammen hier wieder aus dem Gremium.

Das Projekt in NRW kommt zunächst zu dem Ergebnis, dass die Angebote der Jugendhilfe einer Veränderung bedürfen. Diese müssen sich mit der Tatsache auseinandersetzen, dass es sich bei der Zielgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“ um keine Seltenheit handelt. Entsprechend muss sie auf die speziellen Anforderungen, die sich daraus ergeben, reagieren können. Bisher gibt es jedoch noch keinen regen Austausch darüber, wie diesbezüglich bedarfsgerechte Angebote auszusehen haben. Weder die klassischen Fremdunterbringungsformen (Heimunterbringung und Unterbringung in der Pflegefamilie) noch die Sozialpädagogische Familienhilfe, die so oft in Familien angewandt wird, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, haben sich bislang intensiv mit der genannten Zielgruppe auseinandergesetzt. Zumindest ist dies in den beforschten Modellregionen nicht der Fall gewesen. Früher galt eine psychische Störung als Ausschlusskriterium für die Sozialpädagogische Familienhilfe. Dieses existiert heute zwar nicht mehr, trotzdem haben sich die Dienste nicht damit beschäftigt, wie qualitative Arbeit mit dieser Zielgruppe auszusehen hat. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei Kindern psychisch kranker Eltern um keine seltene Klientel handelt, ist es als notwendig zu betrachten, dass sich die Fachkräfte der Jugendhilfe die Meinung der psychiatrischen Fachkräfte einholen, wenn es um die Art und Realisierung der Hilfen zur Erziehung geht (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.139f.).

Auch in der Psychiatrie besteht laut der Praxisforschung in NRW „Sanierungsbedarf“. Dies betrifft zuerst die Angehörigengruppen, die einer Veränderung bedürfen. Dabei gilt zu beachten, dass Kinder eine andere Form der Unterstützung brauchen, als Erwachsene. Kinder brauchen andere Menschen, die sie unterstützen und die stellvertretend für sie auf ihre Situation aufmerksam und sich öffentlich für ihre Rechte stark machen. Allerdings muss vor einer Pathologisierung der betroffenen Kinder gewarnt werden (vgl.ebd.S.140f.).

Des Weiteren gilt es, die stationäre Unterbringung von Mutter und Kind zu überdenken. In der stationären Arbeit zeichnet sich ein besonderer Unterstützungsbedarf für - insbesondere

alleinerziehende - Mütter mit kleinen Kindern ab. Die Mütter sehen sich schnell mit der Frage konfrontiert, wer in der Zeit ihres Klinikaufenthaltes die Versorgung der Kinder übernimmt bzw. ob die Möglichkeit besteht, diese mit in der Klinik aufzunehmen. Spezielle Mutter-Kind-Einheiten sind in psychiatrischen Kliniken jedoch noch sehr selten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Bundespflegesatzverordnung nur die Mütter als Patientinnen wahrnimmt und der Gesetzgeber bislang die Bedeutung einer gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind im Sinne des Erhalts der Beziehung zwischen beiden nicht berücksichtigt. Eine Mutter-Kind-Behandlung wird normalerweise nicht von den Krankenkassen getragen, sodass die einzelnen Einrichtungen individuell entscheiden, ob sie ein solches Angebot für wichtig erachten und entsprechend umsetzen. Wenn solche Mutter-Kind-Einheiten angeboten werden, werden im Rahmen der gemeinsamen Unterbringung oftmals keine speziellen Unterstützungsangebote für die Kinder bereitgestellt. Diese werden stattdessen oftmals von den Fachkräften der Psychiatrie mit betreut. Der Vorteil dieser Mutter-Kind-Einheiten besteht zwar darin, Beziehungsabbrüche zwischen Mutter und Kind zu verhindern, allerdings besteht auch die Gefahr, dass das Kind im Sinne des Gesundungsprozesses der Mutter instrumentalisiert wird und auf seine Interessen und Bedürfnisse nicht adäquat eingegangen wird. Somit können stationäre Mutter-Kind-Einheiten nur dann effektiv, sowohl für Mutter als auch Kind, wirksam werden, wenn den Kindern entsprechende eigene Betreuungspersonen zur Verfügung gestellt werden. Ein Beispiel, wie solche Behandlungsformen optimal gestaltet werden können, bietet die westfälische Klinik Lengerich. Hier existiert seit fünf Jahren die Kindergruppe KOLIBRI (vgl. ebd. S. 102ff.).

Bezüglich der Veränderungen im System Psychiatrie kommt die Praxisforschung in Rh. – Pf. zu dem Ergebnis, dass die Aufnahmegespräche der Patienten und Patientinnen insofern überdacht werden müssen, als dass auch Fragen bezüglich der Kinder in dieses Gespräch integriert werden. Hier interessiert vor allem, ob die Betroffenen Kinder haben, wenn ja wie alt diese sind und ob bzw. wie diese während des stationären Aufenthaltes der Mutter oder des Vaters versorgt werden (vgl. ISM, 2009, S. 26).

Zu den Hilfen, die sich als effektiv bewährt haben, zählen insbesondere die Entlastungsangebote für die psychisch erkrankten Eltern(-teile). Diesbezüglich nennt die Praxisforschung in Rh. - Pf. unter anderem Ganztagsangebote für die Kinder (Kindergarten, Hort etc.). Auch Tagesmütter, die sich während des stationären Aufenthaltes der Mutter um die Kinder kümmern, wurden als große Hilfe empfunden (vgl. Schmutz, 2009, S. 116). Außerdem kommt das Projekt zu dem Ergebnis, dass gerade weil es sich oftmals nicht um die erste Klinikeinweisung der Eltern handelt, die Notwendigkeit besteht, gemeinsam mit den Eltern und ihren Kindern einen Krisenplan zu erarbeiten, welcher Informationen darüber enthält, was im Krisenfall zu tun ist (vgl. Schmutz, 2009, S. 115). Das Projekt in NRW nennt zudem die Haushaltshilfen als wichtiges Entlastungsmoment. Hierfür gibt es Sozialstationen freier Träger,

die in allen Regionen zur Verfügung stehen. Ziel dieser Haushaltshilfe ist es, den Haushalt weiterzuführen, während sich zum Beispiel die erkrankte Mutter in stationärer psychiatrischer Behandlung befindet. In dieser Zeit übernimmt die Haushaltshilfe verschiedene hauswirtschaftliche Aufgaben. Sie erledigt den Einkauf, kocht, reinigt den Wohnbereich, wäscht die Wäsche, betreut und versorgt die Kinder. Die Finanzierung dieser Haushaltshilfe wird von den Krankenkassen übernommen. Die Organisation verläuft meist unproblematisch und schnell, was ihr einen Vorteil gegenüber den Jugendhilfeleistungen verschafft. Voraussetzung für diese Art der Hilfe ist, dass in der Familie mindestens ein Kind lebt, welches jünger als zwölf Jahre alt ist.

Weiterhin brauchen die psychisch erkrankten Elternteile, laut den Ergebnissen des Projektes in Rh. - Pf., eine kontinuierliche ärztliche Betreuung sowie eine psychotherapeutische und beratende Begleitung, damit sie einen kompetenten und verlässlichen Vertrauenspartner haben (vgl. ebd.S.116f.).

Als neues Angebot nennt das Projekt in Rh. - Pf. die Einführung von Gruppenangeboten für Eltern und Kinder. In diesen sollen bestimmte Themen bearbeitet werden. Ziel ist ein gegenseitiger Erfahrungsaustausch. Die Treffen sollen regelmäßig und ritualisiert ablaufen. Finanziert könnten sie über §§27 oder 29 SGB VIII werden. Schwerpunkt der Elterngruppe ist dabei die Wahrnehmung von Elternschaft angesichts der Belastung durch die psychische Erkrankung. In der Kindergruppe spielen das Erleben der Erkrankung und der Umgang damit die übergeordnete Rolle (vg.ebd.S117, ISM 2009,S.25).

Als wichtig bezeichnet das Projekt in Rh. - Pf. zudem die Einbindung der Regelinstitutionen. Schulen und Kindergärten sollten über die Problematik der psychischen Störungen aufgeklärt, informiert und hinsichtlich der Bedarfe von Eltern und Kindern sensibilisiert werden. Außerdem sollte für die Mitarbeiter der Regelinstitutionen ein Ansprechpartner aus der Erwachsenenpsychiatrie zur Verfügung stehen, wenn ein Kind oder ein Elternteil auffällt und mögliche Handlungsbedarfe einzuschätzen sind.

Insgesamt fasst das Forschungsprojekt einen Handlungsbedarf auf drei Ebenen zusammen. Diese Ebenen beinhalten:

- Die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie,
- Niedrigschwellige Unterstützungsangebote und die
- Qualifikation bereits bestehender Hilfen (vgl.Schmutz,2009,S.118).

## 8 Modelle aus der Praxis

### 8.1 Vorbemerkungen

Seit 1996 sind in der Bundesrepublik einzelne Modellprojekte entstanden. Ihre fachlichen Konzepte können als Beispiel für die Arbeit mit dieser Zielgruppe betrachtet werden. Zudem beschreiben sie, wie insbesondere emotionale Entlastungsangebote in der Realität umgesetzt werden können (vgl. ebd. S. 225f.). Einige dieser Praxismodelle sollen im Folgenden vorgestellt werden. Im Anhang ist außerdem eine Liste zu finden (siehe Tabelle 17), welche den Überblick über die bestehenden Angebote vervollständigen soll.

Bemerkenswert ist jedoch, dass sich diese Angebote fast ausschließlich in (größeren) Städten wiederfinden, kaum ein Angebot ist in einer ländlichen Gegend zu orten. Hieraus ergibt sich ein strukturelles Versorgungsproblem in ländlichen Regionen, woraus sich die Notwendigkeit eines flächendeckenden Ausbaus ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebote im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Psychiatrie sowie eine lebensweltbezogene Jugendhilfe ergibt (vgl. ebd. S. 236f.).

### 8.2 Präventive Einzel - und Gruppenangebote

Gruppenangeboten kommt eine große Bedeutung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern zu. 1995 entstand das erste „**Auryn**“-Gruppenangebot in Freiburg. Auryn ist der Name des Amulettes der kindlichen Kaiserin in der „unendlichen Geschichte“ (von Michael Ende). Es verkörpert die Kraft, die nötig ist, um ausweglose Abenteuer erfolgreich zu meistern. Es soll die Kinder symbolisch vor weiteren Belastungen schützen. Dieses Gruppenangebot beinhaltet die altersangemessene Aufklärung der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich der elterlichen Erkrankung. Weiterhin zielt es darauf ab, das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen zu fördern und thematisiert die vorhandenen Schuldgefühle sowie den Umgang mit negativen Gefühlen wie Wut, Ärger oder Enttäuschung. Ebenso werden positive Gefühle, wie Stolz oder Freude, berücksichtigt und zum Ausdruck gebracht.

Dieses Konzept eines Gruppenangebotes haben auch andere Städte, wie zum Beispiel Bielefeld, Chemnitz, Frankfurt oder Hamburg, übernommen und weiterentwickelt. Außerdem entstand eine Reihe anderer Modellprojekte (Haan/Hilden, Köln, Mannheim, Senftenberg, Witten, Würzburg u.a.), in deren Konzepten Einzel- und Gruppenangebote eine zentrale Rolle einnehmen.

Die Gruppenangebote finden in altershomogenen Gruppen, meist einmal wöchentlich, statt. Insgesamt werden im Durchschnitt zehn Sitzungen abgehalten, sodass diese Angebote zeit-

lich befristet sind. Sie werden von verschiedenen Trägern (zum Beispiel von Vereinen, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten etc.) angeboten, wodurch die Fachkräfte entsprechend unterschiedlich qualifiziert sind (Sozialarbeiter, Psychologen, Heilpädagogen, etc.).

Diese Angebote zielen auf Prävention ab, das heißt, sie versuchen kindliche Verhaltensauffälligkeiten zu vermeiden. Zu diesem Zweck werden unterschiedliche Unterstützungsangebote gemacht. Des Weiteren soll den Kindern und Jugendlichen ein geschützter Raum für eigene Erfahrungen, außerhalb belastender Familiensituationen, geboten werden. Dies erfolgt durch eine dem Alter des Kindes angemessene Begleitung. Während der Gruppensitzungen finden sich die Kinder mit ihren Gefühlen in den Erzählungen der anderen Kinder wieder. Dadurch entsteht ein Austausch. Eine wichtige Regel für die Professionellen ist an dieser Stelle das Verschwiegenheitsprinzip, was bedeutet, dass keinerlei Informationen nach außen, zum Beispiel an die Eltern, getragen werden dürfen. Dies wird für die Fachkräfte vor allem dann problematisch, wenn die Kinder Verhaltensweisen im familiären Umfeld schildern, die zum Beispiel auf eine (drohende) Kindeswohlgefährdung schließen lassen, sodass ein Eingriff von Seiten der Fachkräfte zum Wohle des Kindes nötig wird. In solchen Fällen sind sie zunächst verpflichtet, die Kinder und Jugendlichen um Erlaubnis für die Weitergabe der Informationen zu bitten. Im Ernstfall jedoch müssen die Professionellen sich gegen den Willen der Kinder und Jugendlichen richten, um deren Wohl zu schützen.

Ein wichtiger Grundsatz dieser Gruppenangebote ist weiterhin, dass sich die Kinder und Jugendlichen nicht gedrängt fühlen, erzählen zu müssen. Dies setzt voraus, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen den Kindern und Jugendlichen viel Zeit zur Verfügung stellen. Da diese Treffen jedoch zeitlich befristet sind, liegt hier die Annahme nahe, dass dieses Prinzip der unbegrenzten Freiräume nur begrenzt realisiert werden kann.

Auch die Art und Weise, wie die Kinder und Jugendlichen ihre Gedanken und Gefühle ausdrücken, ist sehr unterschiedlich. Manche Kinder, insbesondere die jüngeren, können nicht über ihre Emotionen sprechen, bringen diese aber über andere Hilfsmittel, wie zum Beispiel die Musik, das Spiel oder das Zeichnen, zum Ausdruck. Dies müssen die Gruppenangebote berücksichtigen. Ältere Kinder und Jugendliche, die ihre Gefühle verbal formulieren können, werden dahingehend unterstützt, Lösungen und Alternativen für die alltäglichen Probleme zu finden. Im Zusammenhang mit dem Aspekt der zeitlichen Begrenzung dieser Angebote, ergibt sich eine weitere notwendige Aufgabe dieser Einzel- und Gruppenangebote, die Nachsorge. Die Kinder und Jugendlichen sollten nicht aus dem jeweiligen Angebot entlassen werden, ohne dass für sie klar ist, wo sie sich weiterhin Unterstützung holen können (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S.226ff.).

So werden die Kinder und Jugendlichen im Präventionsprojekt **KIPKEL** beispielsweise gefragt, welche Person(en) es in ihrem sozialen Umfeld gibt, der sie sich anvertrauen möchten. Um Loyalitätskonflikte bei den Kindern und Jugendlichen und unrealistische Erwartun-

gen an die gewünschte Vertrauensperson zu vermeiden, findet vor der Entlassung der Kinder und Jugendlichen ein Familiengespräch statt, an welchem die Eltern, die gewünschte Vertrauensperson, das Kind bzw. der Jugendliche und der/die zuständige Mitarbeiter/Mitarbeiterin von KIPKEL teilnehmen. In diesem Gespräch wird unter anderem besprochen, welche Unterstützung die vertraute Person zu leisten in der Lage ist und welche nicht. In Bezug auf die Nachsorge ist es zudem wichtig, die Kinder und Jugendlichen in bestehende soziale Netzwerke zu integrieren (über den Eintritt in einen Verein, eine Freizeitaktivität oder in einen Jugendverband).

Diese Hilfsangebote orientieren sich zwar in erster Linie an den Kindern und Jugendlichen, dennoch nimmt auch die Elternarbeit eine wichtige Rolle ein, da sich gezeigt hat, dass die Arbeit mit den Kindern langfristig gesehen nur dann erfolgsversprechend ist, wenn zugleich mit den Eltern gearbeitet wird, was jedoch ohne deren Zustimmung unmöglich ist. Das Einverständnis der Eltern für die Teilnahme ihres Kindes an einem Gruppenangebot ist nicht selbstverständlich, denn es setzt die Erkenntnis voraus, dass die eigene Erkrankung eine Belastung für das Kind darstellt. Hinzu kommt, dass manche Eltern Ängste im Hinblick auf eine Stärkung des Selbstbewusstseins ihrer Kinder haben, weil sie fürchten, ihr Kind könnte sich dann möglicherweise von ihnen abwenden. So können sie diese Unterstützungsangebote unter Umständen als Angriff gegen ihre eigene Person deuten, wodurch wiederum neue Konflikte und Spannungen innerhalb der Familie verursacht werden könnten. Aus diesem Grund ist ein aktives Zugehen auf die Eltern, sowie das ernst nehmen ihrer Ängste sehr wichtig (vgl.ebd.S.228f.).

Aber auch hinsichtlich der Durchführung der Gruppenangebote tun sich zwei strukturelle Probleme auf. Erstens stellt sich die Frage, wie der Zugang zu den betroffenen Familien gestaltet werden kann und zweitens wie die entsprechenden Angebote finanziert werden können.

Dabei scheint der Zugang zu den Familien nur über die Eltern und die verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen möglich. Das Präventionsprojekt KIPKEL sammelte hier die Erfahrung, dass Familien mit einer psychischen Erkrankung besonders dann Hilfen in Anspruch zu nehmen bereit sind, wenn sie sich in einer akuten Krise befinden. Aus diesem Grund bietet KIPKEL regelmäßig Elternsprechstunden in einer Psychiatrie an, in welchen die Eltern hinsichtlich des Gruppenangebotes für ihr Kind beraten und informiert werden. Dieses persönliche, aber dennoch unverbindliche Gesprächsangebot dient dazu, Ängste bei den Eltern abzubauen. Voraussetzung für diese Elternsprechstunden ist jedoch wieder eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie.

Die Finanzierungsproblematik entsteht, weil verschiedene Hilfesysteme (Erwachsenenpsychiatrie, Jugendhilfe und Kinder – und Jugendpsychiatrie) zwar einen Präventionsauftrag hinsichtlich der Zielgruppe Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern haben, aufgrund der verschiedenen Zuständigkeiten, sich aber keine Einrichtung für die Finanzierung

verantwortlich fühlt, und diese Angelegenheit somit auf eine andere Einrichtung projiziert. Die Gruppenangebote sind also keinem speziellen System zuzuordnen, was zur Folge hat, dass sie niemand bezahlt. Letztendlich erfolgt die Finanzierung meist über Spendengelder oder Modellförderungen, was jedoch nicht die Lösung sein kann, da nach der ersten Impulsfinanzierung meist keine Zuschüsse mehr folgen und das Projekt anschließend in existenzielle Krisen gerät. Aufgrund dieser Problematik ist ein kontinuierliches Angebot kaum realisierbar und dabei doch so wichtig, denn wie sich erwiesen hat, sind diese Präventivangebote nicht nur für die Kinder und ihre Familien äußerst wirkungsvoll, auch die Kostenträger (im Gesundheits-, Sozial-, und Jugendhilfebereich) würden viel mehr Geld sparen, wenn sie anstatt in kostenintensive Interventionsprogramme, lieber in die weitaus günstigeren Präventionsprogramme investieren würden, wodurch eine Intervention möglicherweise verhindert werden könnte (vgl.ebd.S.230f.).

### **8.3 Patenschaften - als flexible Form der Hilfen zur Erziehung**

Seit März 2000 wird das Modellprojekt „Patenschaften“ (Hamburg) im Rahmen einer Ausschreibung für „innovative Projekte der flexiblen familiären Krisenintervention“ (Schöne & Wagenblass, 2006, S. 233) als Hilfe zur Erziehung nach dem KJHG umgesetzt. In diesem Zusammenhang entstand **PFIFF e.V.**, ein Kinderpflegeverein. Dieser setzt sich mit psychisch kranken Müttern auseinander, die zwar die Beziehung zu ihrem Kind suchen, mit der Versorgung und Erziehung aber überfordert sind. Vor allem dann, wenn die Mutter chronisch erkrankt ist und es in diesem Zusammenhang zu häufigen stationären Aufenthalten kommt, werden Kind und Mutter immer wieder voneinander getrennt, was negative Konsequenzen für die Bindung zwischen beiden hat. In solchen Situationen wird das Kind dann immer wieder in eine neue Bereitschaftspflegefamilie integriert. Der ständige Wechsel der Bereitschaftspflegefamilie führte bei den Kindern zu zusätzlichen Irritationen und Ängsten. Darum wurde die ständig wechselnde Bereitschaftspflegefamilie von der Patenfamilie abgelöst. Diese Patenfamilien unterstützen die Beziehung zwischen Mutter und Kind, haben aber das Wohl des Kindes ständig im Blick. Das Prinzip dieser Patenfamilien ist, dass die Kinder zwar bei ihrer Mutter bleiben, es aber außerhalb der Familie ein kontinuierliches Beziehungsangebot gibt. Außerdem erfährt die Mutter durch die Patenfamilie Unterstützung bezüglich der Erziehung und Versorgung ihres Kindes, aber auch im Hinblick auf die hauswirtschaftlichen Aufgaben. Zudem besteht für das Kind die Möglichkeit, im Falle eines Krankenhausaufenthaltes der Mutter, in eine Familie auszuweichen, die es bereits kennt, deren Regeln und Rituale ihm bereits vertraut sind. Dann wird aus der Patenfamilie eine Bereitschaftspflegefamilie. Damit kein Konkurrenzdenken zwischen Mutter und Patenfamilie entsteht, wird in einem Treffen zwischen diesen beiden Parteien und PFIFF e.V. eine Vereinba-



rung getroffen, welche Leistungen wer erfüllt. Diese Vereinbarungen werden schriftlich fixiert und von allen Beteiligten unterzeichnet. Die Patenschaften vereinen professionelle Elemente der Tagespflege und Bereitschaftspflege sowie ehrenamtliche alltagspraktische Angebote. Die laufenden Patenschaften werden fachlich begleitet. So besteht bei Bedarf die Möglichkeit einer Supervision.

Der Vorteil dieses Modellprojektes ist seine Flexibilität. Es orientiert sich am konkreten Bedarf der Kinder und ihrer Mütter und auch die Patenfamilien werden begleitet und unterstützt (vgl.ebd.S.233f.).

#### **8.4 Gemeinsame Wohnformen für Mutter, (Vater) und Kind**

Als Beispiel für ein solches Modellprojekt kann der **Margaretenhort** in Hamburg genannt werden. Diese sozialpädagogische Einrichtung bietet im Rahmen der Hilfen zur Erziehung inner- und außerfamiliäre Betreuungssettings an. Zu diesem Margaretenhort gehört seit 1999 das Wohnprojekt in Harburg. Hierbei handelt es sich um eine ambulante Wohnform für psychisch kranke Eltern, insbesondere alleinerziehende Mütter. Finanziert wird dieses Hilfsangebot mithilfe verschiedener gesetzlicher Grundlagen. Für die Kinder und Jugendlichen greifen hier §§27ff. des SGBVIII und für die Eltern stellt § 39 BSHG in Kombination mit § 3 BSHG die Bewilligungsgrundlage dar.

Das Wohnprojekt setzt sich aus fünf angemieteten Wohnungen (vier Einzelwohnungen und eine Wohngemeinschaft) in einem Wohnhaus mit insgesamt neun Mietparteien zusammen. Die betroffenen Familien wohnen stadtteilintegriert mit drei Familien zusammen, in denen keine psychische Erkrankung existiert. Die durch dieses Wohnprojekt ermöglichte ambulante Einzelbetreuung richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Eltern und der Kinder. Dabei werden die Eltern in der Kinderbetreuung entlastet und bei alltagspraktischen Tätigkeiten unterstützt. Des Weiteren können sie beratende Angebote hinsichtlich der Kindererziehung und Lebensplanung in Anspruch nehmen. Den Kindern werden Freiräume für ihre individuelle Entwicklung bereit gestellt und sie werden dahingehend unterstützt, Kontakte zum sozialen Umfeld zu knüpfen. Zusätzlich zu diesen Angeboten bietet das Wohnprojekt für die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, an einem Gruppenangebot teilzunehmen. Dieses ist dem Wohnprojekt angegliedert und nennt sich „Windlicht“.

Neben diesen ambulanten Einzelbetreuungen nehmen die betreuten Familien gemeinsame Aktivitäten mit den nicht betreuten Familien wahr. Durch diesen Kontakt sollen soziale Isolationen beseitigt und nachbarschaftliche Unterstützung gefördert werden. Damit diese Nachbarschaftshilfe gelingen kann, muss die Bedingung erfüllt sein, dass alle Bewohner und Bewohnerinnen bereit sind, sich mit ihren individuellen Stärken einzubringen. Unter dieser Voraussetzung können sich die Bewohner und Bewohnerinnen gegenseitig unterstützen und

entlasten (bezüglich der Hauswirtschaft, der Betreuung der Kinder oder dem Beistand in Krisenzeiten). Die Begleitung in einer Krise stellt einen wichtigen Schwerpunkt in diesem Wohnprojekt dar. Diese erfolgt einerseits durch die nicht betreuten Familien und andererseits durch die Betreuer und Betreuerinnen des Wohnprojektes. Diese wiederum müssen im Falle einer Krise durch Rufbereitschaft erreichbar sein. Das Wohnprojekt verlangt sehr viel von den zuständigen Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen, sodass regelmäßige Supervisionen, Fortbildungen, Fach- und Fallberatungen bei einer Psychiaterin, sowie multiprofessionelle Fallbesprechungen mit den regionalen psychiatrischen Einrichtungen angeboten werden.

Neben diesem Wohnprojekt in Hamburg gibt es noch andere Städte, die ein stationäres Angebot für Kinder und psychisch kranke Eltern bereit halten. Diese Hilfen werden ebenfalls insbesondere von alleinerziehenden Müttern wahrgenommen. Auch hier greifen verschiedene gesetzliche Grundlagen hinsichtlich der Finanzierung der Hilfen für Mutter (§§39,40 BSHG, §72 BSHG) und Kind (§19 KJHG, §§27ff. KJHG, §§34,35 KJHG).

Je nach dem Unterstützungsbedarf der betreuten Familien variieren Personalschlüssel und Betreuungsdichte der jeweiligen Angebote. So ist die Betreuung in Aufnahme- und Säuglingsgruppen sehr intensiv, während sie bei den Familien vergleichsweise gering ist, die bereits an einem selbstständigen Leben arbeiten.

Allerdings haben auch die Angebote der stationären Betreuung ihre Grenzen, und zwar dann, wenn sich zwischen den Eltern oder in der Eltern- Kind- Beziehung massive Beziehungsstörungen abzeichnen. Während Schwierigkeiten in der Erziehungsfähigkeit durch die Hilfen zur Erziehung behoben werden können, können basale Beziehungsstörungen nicht langfristig ausgeglichen werden. Außerdem sind diese Angebote nur dann wirkungsvoll, wenn die Eltern sich ihrer Krankheit bewusst sind bzw. wenn sie das Gefühl vermitteln, dass sie auf dem besten Weg zu dieser Krankheitseinsicht sind (vgl. ebd.S.234ff.).

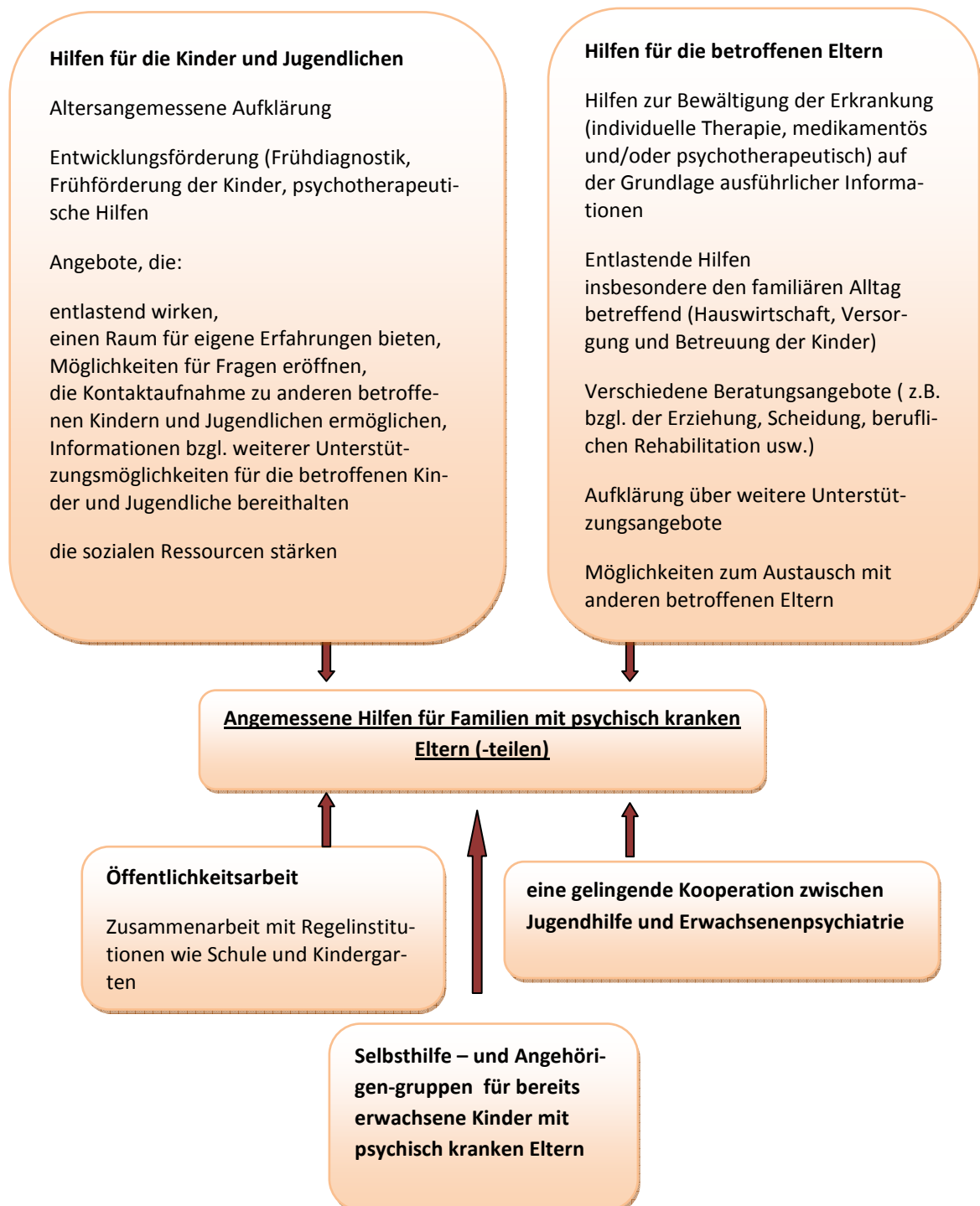
## **8.5 Selbsthilfe – und Angehörigengruppen**

Selbsthilfe- und Angehörigengruppen richten sich in der Regel an bereits erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Die Gruppen treffen sich in der Regel ein- bis zweimal im Monat. Sie werden therapeutisch oder pädagogisch angeleitet. Ziel dieser Treffen ist der gegenseitige Austausch über die Erfahrungen im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung des Elternteils. Die Betroffenen unterstützen sich innerhalb dieser Gruppen gegenseitig darin, die Erlebnisse ihrer Kindheit zu bewältigen. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Treffen besteht darin, die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ weiter in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken, Stigmatisierungen zu beseitigen und für die Probleme der betroffenen Kinder zu sensibilisieren (vgl. ebd.S.249 ff.).

## 9 Zwischenergebnis

Anhand der Abbildung 7 sollen die verschiedenen Hilfen zusammengefasst dargestellt werden. Ein Hilfenetz, bestehend aus diesen Angeboten, macht schlussendlich eine insgesamt angemessene Hilfe für die Klientel „Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern“ aus.

**Abbildung 7: Überblick über angemessene Hilfen für Familien, in denen Eltern(-teile) psychisch krank sind**



Quelle: eigener Entwurf

## 10 Schlusswort und Ausblick

Diese Diplomarbeit belegt, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils immer auch eine Belastung im Leben der Kinder darstellt. Dennoch haben diese Kinder, in Abhängigkeit ihres Alters und der sozialen Lage der Familie, ganz individuelle Strategien entwickelt, wie sie diese Krisen bewältigen können. Manche Kinder gehen aus diesem belastenden Lebensereignis gestärkt hervor, andere wiederum empfinden diese Zeit als äußerst bedrohlich und leiden darunter. Wie groß die Bedrohung durch die elterliche Erkrankung empfunden wird, hängt davon ab, ob das Kind über die nötigen Bewältigungsressourcen verfügt bzw. sie mobilisieren kann, oder nicht. Wenn zudem keine verlässlichen Personen zur Verfügung stehen, denen sich die Kinder anvertrauen können und damit soziale und persönliche Hilfestellungen sowie – besonders für die Jugendlichen – allgemein die Option, mit anderen über die eigene Lebenssituation zu sprechen, fehlen, steigt die empfundene Belastung umso mehr. Welche Hilfe und Unterstützung notwendig ist, kann somit nicht pauschal festgelegt werden. Stattdessen muss jeweils im Einzelfall vor dem Hintergrund der vorhandenen Bewältigungsstrategien und -ressourcen geguckt werden, welche speziellen Hilfen jedes Kind und jeder Jugendliche individuell benötigt. Allein, dass ein Kind mit einem psychisch kranken Elternteil aufwächst, sagt nichts über den individuellen Hilfs- und Unterstützungsbedarf aus.

Um den verschiedenen Problemlagen der betroffenen Kinder und Jugendlichen gerecht werden zu können, bedarf es eines vielseitigen Hilfenetzes, bestehend aus verschiedenen Institutionen, die optimal zusammenarbeiten. Die Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekte kommen zu dem Ergebnis, dass das Hauptproblem bezüglich der angemessenen Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern nicht in den mangelnden Ressourcen für diese Klientel besteht, sondern, dass es in erster Linie an Kommunikation und Kooperation fehlt (vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 222). Besonders die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie ist hier gefragt. Allerdings tun sich diesbezüglich enorme Konflikte auf, die es nach wie vor zu bearbeiten gilt. Nicht nur in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, sondern auch in den anderen Bundesländern gilt es, hier ein entsprechendes Problembewusstsein bei den betreffenden Fachkräften zu schaffen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ immer öfter in den Fokus der Fachöffentlichkeit genommen wird. Immer wieder finden Fachtagungen statt, deren Schwerpunkt die Auseinandersetzung mit dieser Zielgruppe ist. Diesbezüglich konnten bereits Fortschritte verzeichnet werden. Auch der für diese Klientel nötige Hilfs- und Unterstützungsbedarf erfährt zunehmend mehr Aufmerksamkeit, allerdings tut sich diesbezüglich noch eine große Baustelle auf. So muss zum Beispiel die Jugendhilfe ihre Angebote überdenken und ggf. neu konzipieren, die Erwachsenen-Psychiatrie sollte zum Beispiel in ihrer Angehörigenarbeit die betroffenen Kinder nicht vergessen und die Zusammenarbeit mit Schulen und anderen Regelinstitutionen sollte stärker fokussiert werden. Die bereits beste-

henden Praxismodelle erweisen sich zwar als äußerst hilfreich, leider sind sie allerdings viel zu wenig verbreitet. Oftmals sind solche Angebote nur in den Städten zu finden, in den ländlichen Regionen dagegen so gut wie nie. Zudem ist es aufgrund der oftmals fehlenden Finanzierung nicht möglich, ein Regelangebot zu installieren. An diesen Problemen sollte dringend gearbeitet werden.

## Literaturverzeichnis / Quellenverzeichnis

- Bathe, S. (1998): Die einzige Vertraute, in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker (S.38-42), 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Beeck, K. (2008): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern, Berlin
- Bern, K. (1998): Eine beängstigende Krankheit (S. 12-24), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Brisch, K.(1999): Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie, 1.Aufl.; Clett - Cotta
- Dilling, H./ Mombour, W./Schmidt, M.H. (Hrsg.)(1999): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien; 3.Aufl., Hans-Huber-Verlag
- Haisch, J./Weitkunat, R./ Wildner, M. (Hrsg.)(1999): Wörterbuch Public Health. Gesundheitswissenschaften; Hans Huber Verlag
- Küchenhoff, B.(2004): Kinder psychotisch kranker Eltern; in: Nissen, Gerhardt (2004): Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose (S.108); Schattauer, Stuttgart
- Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen; Hogrefe-Verlag
- P., Frau (1998): Die Depression ist eine Dame in Schwarz (S. 31- 36), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Rauchfleisch, U. (2001): Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge ; Vandenhoeck & Rubrecht
- Remschmidt, H./Mattejat, F. (1994): Kinder psychotischer Eltern – mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung; Hogrefe Verlag
- Schone, R./ Wagenblass, S. (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind...Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster; 2.Aufl., Juventa-Verlag, München und Weinheim
- Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitsbericht Deutschland; Bonn
- Werner, E. (1999): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz; in: Opp, G./Fingerle, M./Freytag, A. (Hrsg.)(1999): Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Resilienz und Risiko (S. 25 – 35) ; Ernst Reinhardt Verlag, München Basel
- Wolff, S. (2007): Kinder psychisch kranker Eltern. Die verschiedenen Sichtweisen auf die Problematik und mögliche Konsequenzen für die Praxis; 1.Aufl., GRIN Verlag
- Wunderer, S. (1998): Rollenwechsel (S. 25-30), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

## Zeitschriften

Schmutz, E. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern; in: Forum Erziehungshilfen (2/2009) (S.113 – 118) , Juventa-Verlag, Weinheim

Wiegand-Grefe, S./Geers, P./Plaß, A./Petermann, F./ Riedesser, P. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht; in: Kindheit und Entwicklung 18 (2/2009)(S.111-121), Hogrefe Verlag, Göttingen

## Internet

Bundespsychotherapeutenkammer (2009): Zahlen und Fakten:  
[http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen\\_fakten/89067.html](http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/89067.html)

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern:  
<http://www.psychiatrie.de/dachverband>

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.: Projektkonzeption, 2.Teil (2006): Kinder psychisch kranker Eltern : Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie : [http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/KpkrE\\_Projektkonzeption%20Phase%202.pdf](http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/KpkrE_Projektkonzeption%20Phase%202.pdf)

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.: Projektkonzeption, 3.Teil (2007): Kinder psychisch kranker Eltern : Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie : [http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/KpkrE\\_Projektkonzeption%20Phase%203.pdf](http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/KpkrE_Projektkonzeption%20Phase%203.pdf)

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (2009): Kommentierung zum Projekt: Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie : <http://www.ism-mainz.de/admin/upload/File/Impulse%20Projekt%20+%20Kommentierung.pdf>

Kindler, H. (2009): Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und der Entwicklung von Kindern? : <http://www.db.dji.de/asd/31.htm>

Möller (2007) : Sicher gebundene Kinder : [http:// www.uni-bielefeld.de/paedagogik/Seminare/moeller02/07bindung2/sub/bin1.html](http://www.uni-bielefeld.de/paedagogik/Seminare/moeller02/07bindung2/sub/bin1.html).

Möller (2007) : Unsicher-vermeidend gebundene Kinder : [http:// www.uni-bielefeld.de/paedagogik/Seminare/moeller02/07bindung2/sub/bin2.html](http://www.uni-bielefeld.de/paedagogik/Seminare/moeller02/07bindung2/sub/bin2.html)

Möller (2007) : Unsicher-ambivalent gebundene Kinder : [http:// www.uni-bielefeld.de/paedagogik/Seminare/moeller02/07bindung2/sub/bin3.html](http://www.uni-bielefeld.de/paedagogik/Seminare/moeller02/07bindung2/sub/bin3.html)

Remschmidt, H./Mattejat, F. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern:  
<http://www.aerzteblatt.de/va/archiv/artikel.asp?id=60391>

Wege e.V. : Familienberatungsstelle AURYN (2009) in: [www.wege-ev.de/html/auryn.html](http://www.wege-ev.de/html/auryn.html)

Wittchen, H.-U./Müller, N./Pfister, H./Winter, S./Schmidt-Kunz, B. (2000): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“: <http://www.thieme.de/fz/gesu/pdf/s216-s222.pdf>

[www.meine.stadt.de](http://www.meine.stadt.de)

## Anhang

### Interview: 1

#### Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Silke Bathe, 26 Jahre

„(...) Als der Zustand meiner Mutter sich so sehr verschlechterte, daß sie förmlich zusammenbrach, nicht mehr leben wollte, mit mir darüber sprach, sich umzubringen oder in einen Sterbehilfeverein in den Niederlanden einzutreten, begann die Zeit der Psychiatrieaufenthalte. Regelmäßig, jedes Jahr, ging meine Mutter in die Klinik. Ich gab mir die Schuld daran, dass es dazu kam, ich fühlte mich schuldig, sie nicht länger und besser umsorgt zu haben, wozu man doch eigentlich als Tochter die Pflicht hat. Ich habe besonders in diesen Zeiten versucht, meiner Mutter beizustehen, ihr eine Stütze zu sein. Natürlich habe ich durch Besuche und Telefonate versucht, alles wieder gut zu machen, mich zu rechtfertigen und zu beruhigen(...)“

Quelle: Silke Bathe (1998): Die einzige Vertraute (S.38-42), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

### Interview: 2

#### Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Susanne Wunderer

„(...) Die drei maßgebenden Gefühle, die ich nicht wahrnehmen konnte, weil ich sie nicht ertragen konnte, waren einmal die übergroße Schuld, die ich empfand (was machte *ich* falsch, dass Mutter und Schwester immer wieder abdrehten? , warum war die Schwester so krank und ich nicht?), die Scham über den „Wahnsinn“ in der Familie, für den ich mich mitverantwortlich fühlte, und die Angst, selbst verrückt zu werden (...)“

Quelle: Susanne Wunderer (1998): Rollenwechsel (S. 25-30), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.



**Interview: 3****Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Susanne Wunderer**

„(...) Ich weiß nicht, wie krank meine Mutter ist. Ich weiß vor allem nicht, wann sie krank ist und wann nicht. Sind die „kranken“ Phasen die der Hektik und wütenden Raserei, oder sind es die ruhigen Phasen, in denen sie keine Gefühle zeigt? Um so mehr ich darüber nachdenke, um so mehr muss ich feststellen, daß ich sehr wenig über meine Mutter weiß. Ich weiß eben nur, daß sie „anders“ ist. Anders als andere Mütter, anders als ich und anders als viele, die ich kenne...“

Quelle: Susanne Wunderer (1998) : Rollenwechsel (S. 25-30), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

**Interview: 4****Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Kaja Bern, 24 Jahre**

„(...) Zunächst hatte ich Angst *um* meine Mutter, doch von dem Moment an, als sie mich schlug, weil sie in einem von mir für sie zubereiteten Tomatensaft Gift vermutete, hatte ich Angst *vor* ihr. Die Angst vor ihr steigerte sich, als ich eines Tages nach Hause kam und den leeren Käfig meiner geliebten Kanarienvögel entdeckte. Meine Mutter hatte während einer ihrer Wahnvorstellungen den Vogelkäfig und die Terrassentür geöffnet und meine Vögel entfliegen lassen. Ich war völlig verzweifelt und hatte Angst davor, was als nächstes passieren würde (...).“

Quelle: Kaja Bern (1998): Eine beängstigende Krankheit (S. 12-24), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

**Interview: 5****Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Kaja Bern, 24 Jahre**

„(...) Die Angst vor einem erneuten Krankheitsausbruch ist zu meinem ständigen Begleiter geworden, nicht nur auf Reisen, sondern auch im Alltag. Sie begleitet mich zur Haustür meiner Mutter, wenn ich auf das Summzeichen warte, daß mir Einlaß in ihre Wohnung verschafft. Bis heute bekomme ich in diesem Augenblick immer einen Adrenalinstoß, und mein Herz fängt an, so laut gegen meinen Brustkorb zu schlagen, als wollte es zerbersten. Dieser Zustand hält so lange an, bis ich ein paar Worte mit meiner Mutter gewechselt und mich so überzeugt habe, daß sie „normal“ antwortet. Ich wünsche mir, daß diese Angst mich losläßt und daß ich mich endlich wieder uneingeschränkt auf ein Wiedersehen mit meiner Mutter freuen kann. Manchmal dachte ich, daß diese Anspannung, unter der ich durch die Unge-  
wißheit eines Krankheitsausbruchs ständig stehe, mich innerlich zerreißt (...).“

Quelle: Kaja Bern (1998): Eine beängstigende Krankheit (S. 12-24), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

**Interview: 6****Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Susanne Wunderer**

„(...)Meine Rolle in der Familie war folgendermaßen definiert: Ich fühlte mich für den Zusammenhalt der Familie zuständig, soweit ich mich zurückerinnern kann. Ich war die „Gesunde“, die immer Vernünftige, die Fröhliche, die „Erwachsene“. Ich war Puffer, Auffangnetz und Abfalleimer in einem. Ich hörte mir tage- und nächtelang die Redeergüsse und Selbstvorwürfe der Mutter sowie die Wahnvorstellungen und Ängste der Schwester an. Ich half im Haushalt mit, soviel es ging, ich war Kontaktperson zur Außenwelt (...). Ich richtete meine gesamte Energie auf das „Für-die-Familie-Dasein“, das „Helfen-wollen“. Dieses Prinzip, nicht auf mich, sondern auf die anderen zu schauen, erweiterte ich auch auf meinen Freundeskreis und meine Studiumswahl (Sonderpädagogik) (...).“

Quelle: Susanne Wunderer (1998) : Rollenwechsel (S. 25-30), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

**Interview: 7****Auszug aus einem Interview : Frau P., 39 Jahre**

„(...) Oft gab es Krach und Streit zu Hause. Ich hab‘ mich eigentlich immer dafür verantwortlich gefühlt, die Ehe meiner Eltern zu retten. Ich war mir ganz sicher, daß ich für den Familienfrieden Verantwortung trug. Ich bin immer von einem zum anderen gerannt und habe versucht zu vermitteln. (...) Wenn es zwischen meinen Eltern Streit gab, dann bin ich aufgestanden und hab‘ hinter der Schlafzimmertüre gebibbert (...).“

Quelle: Frau P. (1998): Die Depression ist eine Dame in Schwarz (S. 31- 36), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

**Interview: 8****Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Susanne Wunderer**

„(...) Ich erlaubte mir keine Gefühle der Überforderung, Trauer oder Wut. Immer ging es jemand anderem schlechter, so daß ich mich nie traute, auch mal das Recht für mich in Anspruch zu nehmen, traurig oder wütend zu sein. Ich lernte schnell, daß Gefühle gefährlich sind, krank machen und daß es folglich besser ist, möglichst keine angstmachenden Gefühle zu empfinden, geschweige denn sie zu zeigen. Aber nicht nur die „negativen“ Gefühle (Traurigkeit und Wut), sondern auch allzu große Glücksgefühle verbot ich mir, waren diese doch den Manien ähnlich (...).“

Quelle: Susanne Wunderer (1998) : Rollenwechsel (S. 25-30), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

**Interview: 9****Auszug aus einem Erfahrungsbericht : Susanne Wunderer**

„(...) Meine Strategien der Verdrängung waren diese: Beschäftigung und Ablenkung sowie das Abtauchen in Phantasiewelten (Bücher, Filme, Theater). Ich gestaltete meine Freizeit so aktiv wie möglich. Ich war Teilnehmerin verschiedenster Musik-, Sport und Jugendgruppen, engagierte mich in der Schülermitverwaltung, in der kirchlichen Jugendarbeit, jobbte und hatte einen großen Freundeskreis. Für viele war ich Anlaufstelle bei Problemen. (...) Diese

Verdrängungsmechanismen, die ständige Anspannung und die ausufernden Anforderungen, die ich an mich selbst stellte, bleiben nicht ohne Folgen. Ich war schon als Kind viel krank, je älter ich wurde, um so mehr Krankheiten, Allergien etc. kamen hinzu. Mit 24 Jahren kam der große Einschnitt. Ich erlitt einen Schlaganfall und verlor die Hälfte meines Sehvermögens(...).“

Quelle: Susanne Wunderder (1998) : Rollenwechsel (S. 25-30), in: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hg.) (1998): ...Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, 1.Aufl., Psychiatrie-Verlag, Bonn.

## **Interview: 10**

### **Eine Sozialarbeiterin der Jugendhilfe über das Problem der Parteilichkeit**

„Aber ich weiß, dass eine Zusammenarbeit immer schwierig war, also Tagesklinik habe ich in der Vergangenheit auch immer mal wieder gehabt. Die Zusammenarbeit war zum Teil Katastrophe. Also zum Beispiel eine Mutter ist da entlassen worden mit drei Kindern,... und wir konnten den Übergang nicht zusammen meistern, das war nicht möglich. (Frage: Und woran liegt das Ihrer Meinung nach?) Da wurden viele Datenschutzgründe angeführt....und sehr darauf beharrt, dass die Mütter da ihren Schonraum haben müssen und das wird dann aber so, das sollen sie ja auch haben, aber ich finde, das widerspricht sich auch nicht, weil im Grunde genommen zeigt es sich doch nachher, der Erfolg und der Misserfolg, wenn es in den Übergang in den Alltag geht und da ist es wichtig, eine gute Begleitung zu organisieren und das können wir dann einfach auch besser mit den familienunterstützenden Maßnahmen, die kann die Psychiatrie ja nicht anbieten. Ja, und da ist meistens keine Zusammenarbeit zustande gekommen. Das finde ich auch sehr problematisch.“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 119

**Interview: 11****Eine Sozialarbeiterin der Psychiatrie über das Problem der Parteilichkeit**

„ (...) Das ist also ein Punkt, den ich immer wieder sehe: Wenn wir aufeinandertreffen, Sozialdienst der Psychiatrie und Jugendamt, dann haben wir einfach so komplett verschiedene Sichtweisen und Positionen, dass da im Grunde genommen erst mal geguckt werden muss, wer tut für wen was. Und da habe ich immer das Gefühl, das ist wie eine parteiische Seite. Der eine ist auf der einen Seite und der andere ist auf der anderen Seite (...).“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 123

**Interview: 12****Eine Sozialarbeiterin der Psychiatrie über die verschiedenen Zeitvorstellungen**

„ Also aus meiner Sicht hakt es zum einen daran, dass es schwierig ist, Jugendamtsmitarbeiter zu erreichen, also überhaupt die Erreichbarkeit, kurzfristig mal einen Termin zu machen. Wenn bei uns Patienten sind und wir denken auch so daran, Mensch da muss was passieren, da muss das Jugendamt mit eingeschaltet werden. Vielleicht sozialpädagogische Hilfe als Maßnahme mit installiert werden. Das sind Dinge, die so aus meiner Erfahrung lange Vorlaufzeiten brauchen, bis die installiert sind, bis die Anträge durch sind, bis die ersten Gespräche stattgefunden haben, bis man alle Beteiligten irgendwie so davon überzeugt hat, dass es notwendig ist und... Ja da kommt es mir manchmal so vor, dass es viel zu lange dauert. Wenn das bei uns so lange dauern würde wie in dieser Form der Zusammenarbeit, dann können wir den Laden hier dicht machen. Wir haben hier so viele bürokratische Hürden hier zu überwinden, die haben wir auch hier, das ist auch nachvollziehbar, aber wir handeln oft viel schneller. Und sind das auch gewohnt, dass schneller gehandelt wird. Also auch von anderen Institutionen aus dem psychiatrischen Bereich, die mit uns zusammenarbeiten (...).“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 131

**Interview: 13****Eine Sozialarbeiterin des Jugendamtes über die verschiedenen Zeitvorstellungen**

„Ich habe eine Geschichte erlebt, die ist in sofern abgeschlossen, als dieser Junge jetzt in einem Heim lebt. Es ist eine Mutter, die an Depressionen leidet, so depressive Schübe hat, aber auf einem Level ist, dass sie für sich alleine ganz gut leben kann, aber eben nicht mit einem Kind zusammen. Das war eine Geschichte, die ging über Tagespflege über Kurzzeitpflege bis hin zum Heim. Und da haben die Ärzte immer gesagt: „Das wird, das wird...so in zwei Monaten.“ Und da habe ich so die Phantasie, dass die Ärzte nicht den Mut haben, zu sagen: wir glauben, dass sich das nicht mehr stabilisieren wird. Wir glauben, dass sie mit diesem Problem der Depression leben müssen. Ärzte haben der Mutter immer wieder Hoffnung gemacht. Mutter und Kind waren eigentlich immer so in Warteposition. Nächste Woche oder Ostern oder in den Sommerferien, dann sind wir wieder zusammen. Das ist natürlich ganz schwierig für uns so, Hilfsgerüste zu konstruieren, die dann auch handhabbar sind. Und auch für die Familien, die mit so einem Kind leben (Pflegefamilien, d.V.) ist es ganz schwierig, so im Ungewissen zu sein. (...) Wir würden uns öfter schnellere Regelungen oder klarere Aussagen wünschen. Auch bei Gutachten. Gutachten dauern oft sehr lange und bei Kindern kann man nicht ewig warten. Man kann Kindern...wenn man einer erwachsenen Frau die Chance von einem Jahr gibt, dann ist das o.k., aber die kann man Kindern nicht zumuten, unter solche Voraussetzungen mit der Mutter zu leben und sagen, das kann man Kindern zwei Jahre zumuten. (...) Für ein Kind zwei Jahre ist es unendlich viel, für einen Erwachsenen, na ja, ist eine Episode.“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 134

**Interview: 14****Eine Sozialarbeiterin der Psychiatrie über den Ruf des Jugendamtes als „Kind- weg – nehm- Amt“**

„...ich glaube, dass erstens in den Familien auch ein Potenzial ist, selber was zu organisieren und ich finde, so lange das irgendwie normal geht, sollte man das auch so machen. Weil die Angst vorm Jugendamt bei Leuten, die nichts mit denen bisher zu tun hatten, die ist einfach riesig groß. (...) Also mir ist das bei eurer Befragung (Fallerhebungen im Rahmen des Projektes, d.V.) aufgefallen. Wenn ich nach Kindern gefragt habe und ob es Kontakte zum Jugendamt gibt, dass bei einigen ich es sofort merkte, dass die Sorge hatten, überhaupt zu antworten, weil immer so was dahinter steht, wenn die merken, dass ich psychisch krank bin,

dann nehmen die mir die Kinder weg. Und wir haben auch immer mal wieder so Entscheidungssituationen, Frauen, die unheimliche Angst haben, dass die getrennten Ehemänner das so „benutzen“. Ne meine Frau ist nicht in der Lage, die Kinder gut zu versorgen und wollen dann vielleicht das Sorgerecht. Da haben die einfach Angst und wahrscheinlich auch mit Recht. Und letztlich führt das glaube ich dazu, dass junge Frauen...meistens auch unheimlich spät in die Klinik gehen. Also die versuchen, das unheimlich lange selber zu regeln, weil es keine guten Angebote für Mütter mit Kindern gibt oder auch weil die Angst haben, dass denen die Kinder weggenommen werden.“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 125

### **Interview: 15**

#### **Eine Sozialarbeiterin der Psychiatrie über den Ruf des Jugendamtes als „Kind – weg – nehmen - Amt“**

„Also wir haben, ich habe eine Familie, da waren beide Eltern, ja, psychiatrisch auffällig und beide auch in Behandlung und die hatten ein kleines Kind, so unter einem Jahr, und stritten ununterbrochen (...) und man hatte überhaupt nicht den Eindruck, dass das Kind nun, dass es ihm schlecht ging im Grunde, also es gab kein Indiz. Das war gut genährt, das sah zufrieden aus, aber es war klar, dass die Eltern entweder chaotisch durch die Gegend rasten oder die Mutter ins Frauenhaus flüchtete und nach einem Tag wieder kam und der Vater dann allein mit dem Kind war und wenn sie zusammen waren, immer in irgendwelchen stressigen Diskussionen waren, sodass man erwarten konnte, irgendwie, dass das Kind nicht glücklich ist, obwohl es sozusagen keine Indizien dafür hab. Und es wurde auch liebevoll betreut von beiden, sobald sie sich dem Kind annäherten. Und dann hat aber wegen dieser wackeligen Situation die Kollegin von uns das Jugendamt dazu gebeten zu einem Gespräch. Einfach um sozusagen da auch eine professionelle Seite für das Kind miteinzubinden, was dazu geführt hat, dass es zu einem ganz großen Eklat kam und die Behandlung des Patienten bei uns auch abgebrochen wurde. Also der hat sich fürchterlich hintergangen und, ja, auch unwürdig behandelt gefühlt, dass man ihm da so eine Person vom Jugendamt auf den Hals hetzt und hat sich nie mehr bei uns blicken lassen. Ist sozusagen auch als unser Patient dann verloren gegangen. Und das fand ich schon auch sehr schade und daran ist auch noch einmal deutlich geworden, was das für Leute bedeuten kann, wenn da jetzt so eine Amtsperson kommt. (...) Das Amt war da und damit die Gefahr, dass das Kind wegkommt. (...) Aber das ist die Koppelung: „Amt und die Kinder gehen verloren“, das ist einfach in den Köpfen glaube ich sehr eng.“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 126

**Interview: 16****Eine Sozialarbeiterin über den Sozialpsychiatrischen Dienst als Brückenfunktion**

„Der Sozialpsychiatrische Dienst wendet sich ja an die Erwachsenen. Also hat die Funktion für den Patienten. Und das ist den Leuten glaube ich dann auch weniger unliebsam, wenn jemand kommt und sagt, ich kümmere mich um sie, als wenn jemand kommt und sagt, ich kümmere mich um ihre Kind, weil das hat dann dieses übergreifende Element, was da so spürbar wird. (...) Meine Vorstellung wäre ja, dass es bei den städtischen Diensten eine Person geben müsste, die in beiden Ämtern sozusagen, oder in beiden Abteilungen ein Standbein hat. Also sagen wir mal, eine Sozialarbeiterin, die zur Hälfte aus dem Jugendamt und zur Hälfte aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst bezahlt wird und die in solchen Situationen ansprechbar ist mit Blick auf beide, sowohl auf die Eltern als auch auf die Kinder und wo es nicht sofort so eine überfallsartige, jetzt kommt das Jugendamt ist, sondern hier ist jemand von dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der aber auch auf ihre Kinder blicken kann. Oder umgekehrt auch in Familien, wo Kinder betreut werden, der dann mal sagen kann zu den Eltern, sie sollten auch mal in psychiatrische Behandlung. Solche Fälle wird es ja auch geben, dass Kinder eine Betreuung oder eine Begleitung durch das Jugendamt haben, und man feststellt als Sozialarbeiter, die Eltern bräuchten auch Hilfe.“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 137

**Interview: 17****Eine Sozialarbeiterin über den Wunsch nach gemeinsamen Fort – und Weiterbildungen**

„Ich glaube, es müsste ein Wissen geben schon auch über Krankheitsbilder etc., so generell, so grob, also jetzt nicht in die Tiefe gehen. Und es müsste mehr geben glaube ich an Verständnis, wie arbeiten die einzelnen Institutionen, mit welchem Auftrag, mit welchem Ziel und ich glaube, es müsste so was wie ein systemisches Denken auch geben, dass man nicht nur auf den Einzelnen guckt, sondern sich auch bemüht, in die Gänge zu gucken und dafür braucht man dann sicherlich immer jemand wie den Kollegen des Jugendamtes, oder die Kollegin, die sozusagen da den Rahmen auch für schafft. Das muss glaube ich schon, ist manchmal gut, wenn das jemand dann so ein bisschen von außerhalb dann auch macht. (...) Gut ich könnte mir auch vorstellen, dass man anhand von so einem ich sage mal Fall, oder Beispiel, das einfach mal deutlich macht und vielleicht, gut, das wäre natürlich so ein Idealfall, in so kleineren Gruppen auch mal die Rollen tauschen lässt, weil das würde glaube ich so ein bisschen sensibilisieren für das, was jeweils die andere Rolle eigentlich für ein Ziel



verfolgt. Sei es im Hinblick Kinder, oder sei es im Hinblick, ich sage mal doch Mütter oder Väter, aber etwas weniger Väter, glaube ich (...) Und dass man doch regional noch mal guckt, ob nicht gegenseitig die Institutionen sich doch auch ein bisschen fortbilden können. Also, das zum Beispiel, weiß ich nicht, die Klinik oder wir auch mal einladen und die Menschen hier hin kommen und umgekehrt auch, dass wir in die Institution kommen.“

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 138

## **E – Mail**

Diese E-Mail sandte mir Frau E. Schmutz, die Projektleiterin des Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojektes in Rh. – Pf., als Antwort auf meine Frage, ob Sie mir Materialien, ihr Projekt betreffend, zusenden könnte:

Betreff: Re:

Von: "Elisabeth Schmutz" <elisabeth.schmutz@ism-mainz.de>

Datum: Mo, 27.04.2009, 20:50

An: "Claudia Angerer" <cangerer@HTWM.De>

-----

Liebe Frau Angerer,

leider muss ich Ihnen mitteilen, dass ich Sie nicht exklusiv bei Ihrer Diplomarbeit unterstützen kann. Gesonderte Materialien oder gar separate Zusammenstellungen von Projektmaterialien geht ebenso nicht. Sie müssen sich auf die veröffentlichten Materialien beziehen. Alles was zum Projekt bisher gibt, finden Sie auf unserer Internetseite [www.ism-mainz.de](http://www.ism-mainz.de). Das Heft Forum Erziehungshilfe 2/2009 müssen Sie ggf. bestellen.

Viel Erfolg und freundliche Grüße

Elisabeth Schmutz

**Abbildung 1: Symptome, die für eine Diagnose einer schweren depressiven Stimmung relevant sind (ICD 10, Dilling u.a.,1999, 141ff.)**

**Alle drei Symptome, die für eine leichte oder mittelgradige depressive Episode relevant sind, müssen zutreffen:**

1. Depressive Stimmung
  2. Verlust von Interesse und Freude
  3. Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit
- 

**und mindestens vier Symptome der Gruppen 4 – 10, von denen einige stark ausgeprägt sein sollten**

4. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
5. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
6. Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
7. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
8. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
9. Schlafstörungen
10. Verminderter Appetit

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 35

**Abbildung 2: Symptome, die für eine Diagnose einer schizophrenen Störung relevant sind (ICD 10, Dilling u.a., 1999, S.104ff.)**

**Mindestens ein eindeutiges Symptom ( zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) aus folgender Gruppe 1 – 4**

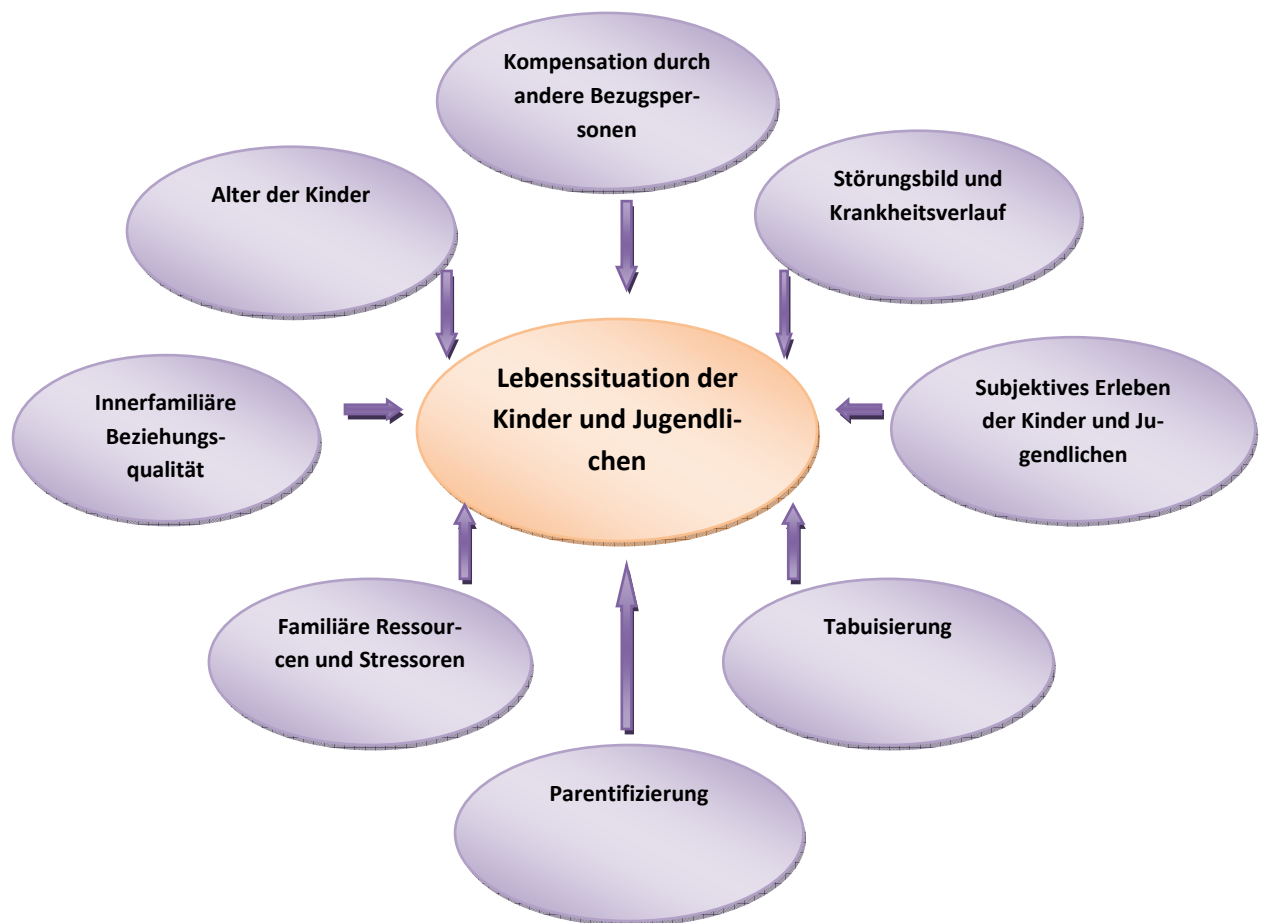
1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
  2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- und Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
  3. kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen
  4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (z.B. religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein)
- 

**oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5 – 9**

5. anhaltende Halluzinationen begleitet von Wahngedanken
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss ( Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen)
7. katatone Symptome ( Krampfstörungen, Erregung, Haltungsstereotypen)
8. Apathie, Sprachverarmung, verflachte Affekte, sozialer Rückzug, verminderte soziale Leistungsfähigkeit
9. Durchgängige Veränderung des Verhaltens ( z.B. Ziellosigkeit, Trägheit, in sich selbst verlorene Haltung)

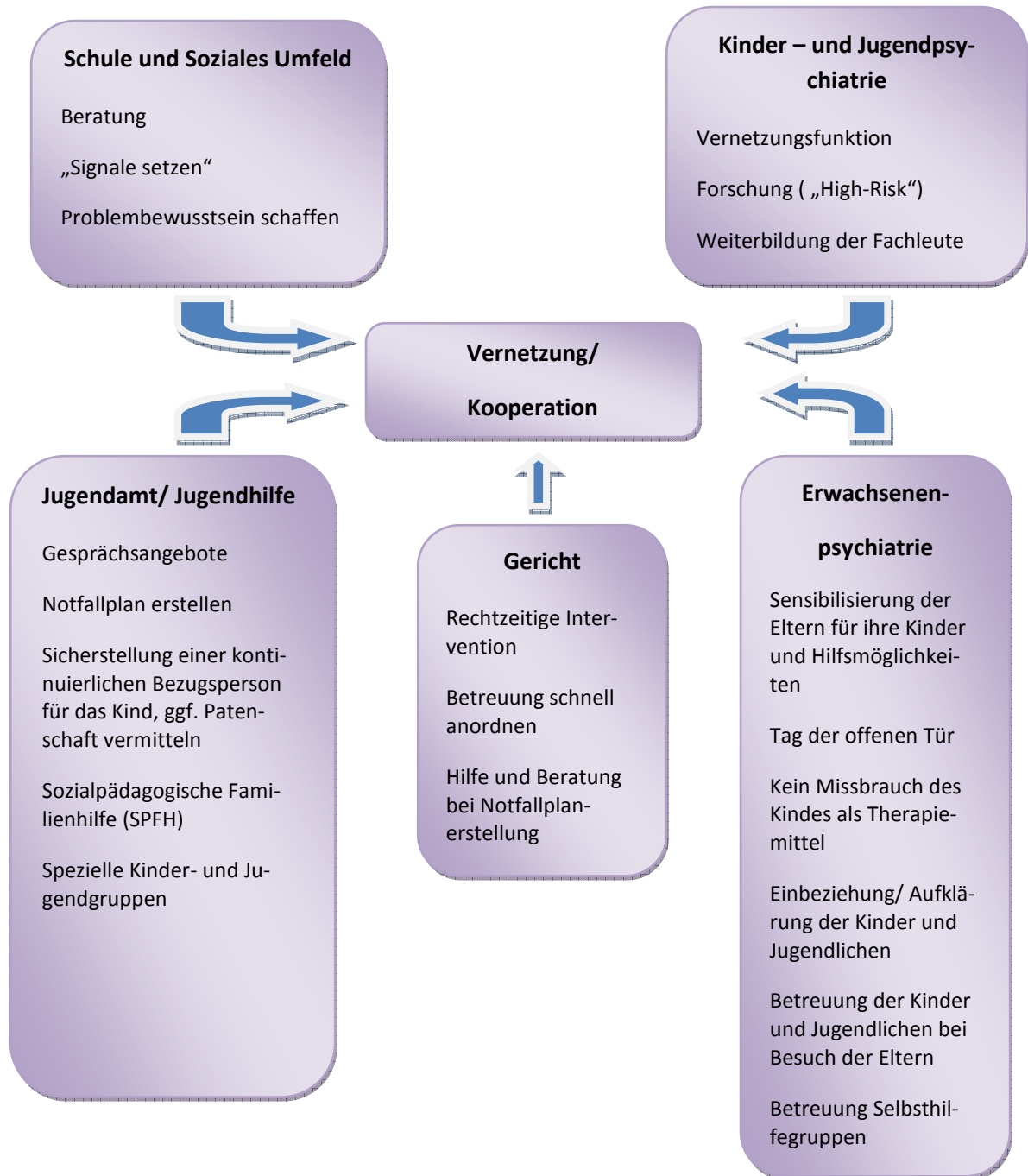
Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 38

**Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern**



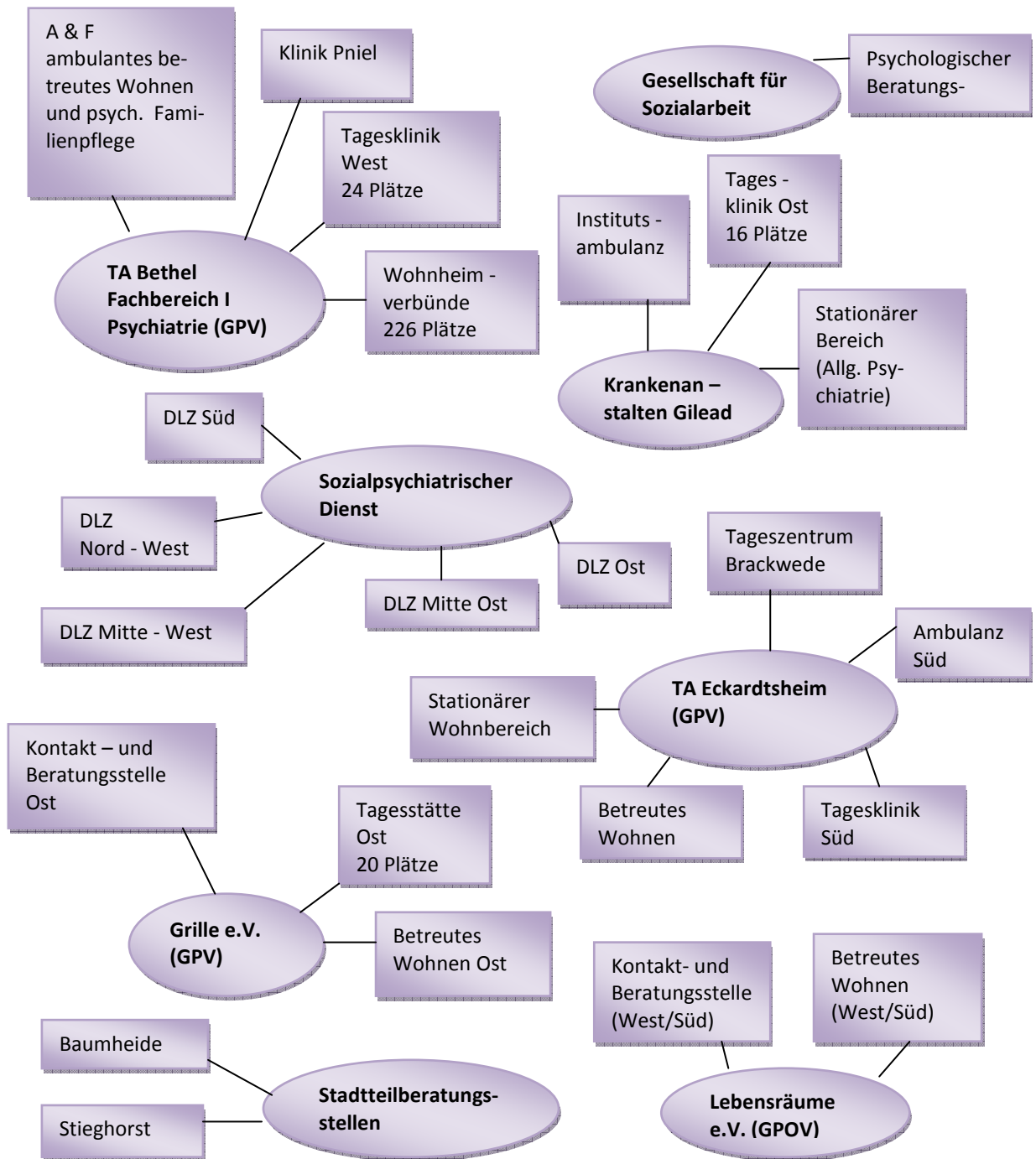
Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 201

Abbildung 4: Übersicht über die Hilfsmöglichkeiten



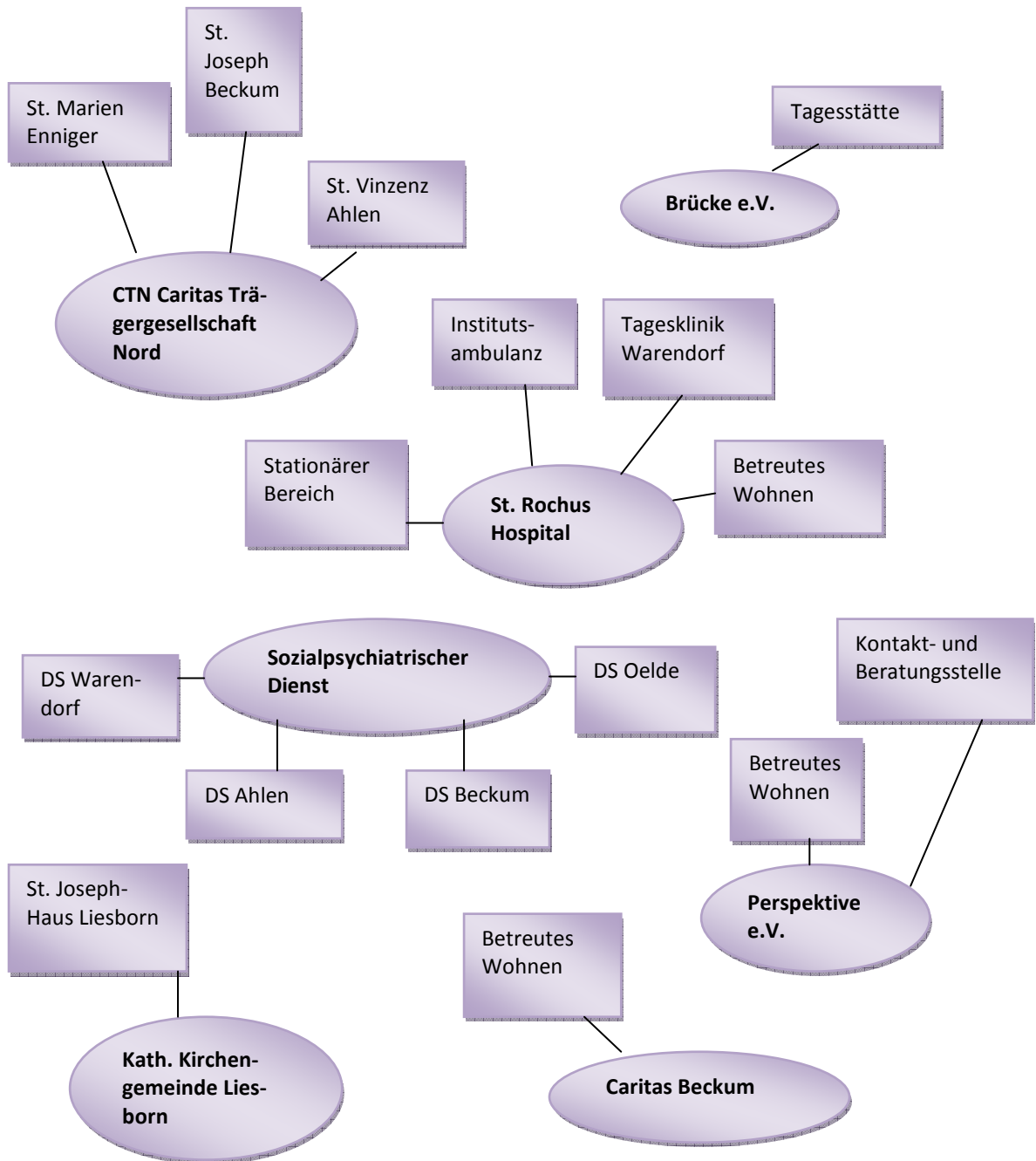
Quelle: Beeck, 2008, S. 37

**Abbildung 5: Das psychiatrische Hilfs- und Versorgungsnetz der Stadt Bielefeld (ohne niedergelassene Nervenärzte)**



Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 58

Abbildung 6: Das psychiatrische Hilfs- und Versorgungsnetz Warendorf



Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 59

**Tabelle 1: Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland\***

<b>Ambulante Angebote</b>	<b>Teilstationäre Angebote</b>	<b>Stationäre Angebote</b>
Niedergelassene Nervenärzte	Tageskliniken	Psychiatrische Fachkrankenhäuser
Institutsambulanzen	Tagesstätten	Psychiatrische Abteilungen in Allg. Krankenhäusern
Sozialpsychiatrischer Dienst		Wohnheime
Krisennotdienste		
Kontakt- und Beratungsstellen		
Betreutes Wohnen		
Psychiatrische Pflege		

\*Der Bereich der berufsbegleitenden Dienste und der beruflichen Rehabilitation wurde in dieser Aufstellung nicht berücksichtigt.

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 26

**Tabelle 2: Angebote der Hilfen zur Erziehung**

	<b>ambulant</b>	<b>teilstationär*</b>	<b>stationär**</b>
<b>Familienorientiert</b>	<b>Kind- bzw. Jugend- lichenorientiert</b>	Tagesgruppe (§32 SGBVIII)	Heim, Pflegefamilie (§33 SGBVIII)
Erziehungsberatung (§28 SGBVIII)	Soziale Gruppenarbeit (§29 SGBVIII)	Sozialpädagogische Tagespflege (§32, Satz 2, SGBVIII)	andere betreute Wohnformen (§34 SGBVIII)
Sozialpädagogische Familienhilfe (§31 SGBVIII)	Erziehungsbeistandschaft (§30 SGBVIII)		
	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35 SGBVIII)		

\*Diese Angebote sind familienergänzend. Sie übernehmen zwar einen Teil der Erziehung, haben aber die Elternarbeit im Fokus.

\*\*Diese Angebote greifen vor allem dann, wenn eine dem Wohl des Kindes bzw. des Jugendlichen angemessene Erziehung und Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist.

Quelle: vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 44



**Tabelle 3: Anteil der Patienten und Patientinnen mit Kindern in psychiatrischen Institutionen**

	Bielefeld			Warendorf			Gesamt		
		mit Kindern			mit Kindern			mit Kindern	
Institutionen	Behandelte Personen	Abs.	%	Behandelte Personen	Abs.	%	Behandelte Personen	Abs.	%
Stationäre Psychiatrie	231	49	21,2	314	55	17,5	545	104	19,1
Tageskliniken	77	15	19,5	32	11	34,4	109	26	23,9
Institutsambulanz	384	82	21,4	142	12	8,5	526	94	17,9
Ambulante Betreuung	593	40	6,7	536	41	7,6	1129	81	7,2
Wohnheime	228	12	5,3	180	14	7,8	408	26	6,4
<b>Gesamt</b>	<b>1513</b>	<b>198</b>	<b>13,1</b>	<b>1204</b>	<b>133</b>	<b>11,0</b>	<b>2717</b>	<b>331</b>	<b>12,2</b>
Niedergelassene Nervenärzte	317	28	8,8	-					

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S.63

**Tabelle 4: Alter und Geschlecht der psychisch kranken Eltern**

Alter	Gesamt		davon weiblich	
	abs.	in % der Fälle	abs.	in % der Altersgr.
< 26 Jahre	4	1,3	2	50,0
26 – 30 Jahre	22	7,2	18	81,8
31 – 35 Jahre	57	18,6	42	73,7
36 – 40 Jahre	94	30,7	75	79,8
41 – 45 Jahre	79	25,8	53	67,1
46 – 50 Jahre	35	11,4	19	54,3
> 50 Jahre	12	3,9	2	16,7
Keine Angaben	3	1,0	1	33,3
<b>Gesamt</b>	<b>306</b>	<b>100</b>	<b>212</b>	<b>69,3</b>

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S.68

Tabelle 5: Art der Erkrankung (n=306) (Mehrfachnennungen möglich)

Erkrankung	Absolut	Prozent
Schizophrenie	126	41,2
Depression	110	35,9
Angst-/Zwangsstörungen	47	15,4
Persönlichkeitsstörungen/ Borderline	21	6,9
Manie	12	3,9
Org. Psychosyndrome/Intelligenzminderung	11	3,6
Belastungs- und Anpassungsstörungen	6	2,0
Alkohol-/Drogen- und andere Abhängigkeit*	17	5,6
Sonstige Erkrankungen	19	6,2
Keine Angaben	3	1,0

\*Es sind keine PatientInnen oder KlientInnen berücksichtigt, bei denen ausschließlich eine Suchterkrankung vorliegt. Sucht nur als Begleiterkrankung!

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 71

Tabelle 6: Kinderzahl der psychisch erkrankten Eltern

Familien mit			Zahl der Kinder mit		
	absolut	Prozent		absolut	Pozent
einem Kind	176	57,5	keinen Geschwistern	176	37,0
zwei Kindern	96	31,4	einem Geschwisterteil	192	40,3
drei Kindern	20	6,5	zwei Geschwistern	60	12,6
vier Kindern	12	3,9	drei Geschwistern	48	10,1
keine Angaben	2	0,7	keine Angaben	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>306</b>		<b>Gesamt</b>	<b>476</b>	

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S.72

**Tabelle 7 : Familiäre Wohnsituation der behandelten/betreuten Personen**

<b>Wohnsituation</b>	<b>absolut</b>	<b>Prozent aller Eltern mit Kindern (n=306)</b>	<b>Prozent aller Eltern, die mit ihren Kin- dern zusammen leben (n=194)</b>
nicht mit Kindern lebend	106	34,6	
weiß nicht/keine Angaben	6	2,0	
mit eigenen Kindern lebend	194	63,4	
<b>davon:</b>	134	43,8	69,1
mit Kindern und anderem leiblichen Elternteil			
alleinlebend mit Kindern	43	14,1	22,1
mit Kindern und neuem Partner bzw. neuer Partnerin	13	4,2	6,7
mit Kindern und anderen Familienan- gehörigen	4	1,3	2,1

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 73

**Tabelle 8: Alter und Geschlecht der Kinder (n=459\*)**

<b>Alter</b>			<b>Davon männ- lich</b>		
	<b>Abs.</b>	<b>%</b>		<b>Abs.</b>	<b>%</b>
< 3 Jahre	34	7,4		14	41,2
3 < 6 Jahre	69	15,0		34	49,3
6 < 9 Jahre	83	18,1		45	54,2
9 < 12 Jahre	80	17,4		43	53,8
12 < 15 Jahre	99	21,6		46	46,5
15 < 18 Jahre	87	19,0		43	49,4
Keine Angaben	7	1,5		4	57,1
Gesamt	459	100,0		229	49,9

\*Für 17 Kinder lagen keine Informationen zum Geschlecht vor

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 75

**Tabelle 9: Alter der Kinder und institutionelle Unterstützung der betroffenen Kinder**

		keine Inst.		psych. Inst.		and. Inst.		eig.+and Inst.		weiß nicht	
Alter	Gesamt	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
< 3	34	17	50,0	3	8,8	3	8,8	4	12,0	7	20,6
3<6	71	28	39,4	9	12,7	10	14,1	14	20,0	10	14,1
6<9	88	35	39,8	8	9,1	24	27,3	11	13,0	10	11,4
9<12	83	34	41,0	8	9,6	18	21,7	6	7,0	17	20,5
12<15	101	46	45,5	5	5,0	18	17,8	11	11,0	21	20,8
15<18	89	33	37,1	10	11,2	15	16,9	5	5,6	26	29,2
k.A.	10	2	20,0	1	10,0	2	20,0	1	10,0	4	40
Ges.	476	195	41,0	44	9,2	90	18,9	52	11,0	95	20

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 79

**Tabelle 10: Art und Weise, wie die psychiatrische Institution bezogen auf die Kinder tätig wurde**

Wurde tätig durch	Bielefeld	Kreis WAF	Gesamt	% der Nennungen
	Abs.	Abs.	Abs.	
Einschaltung d. JA/ Kooperation mit ASD	14	17	31	39,7
Beratung der Eltern	2	6	8	10,3
Beratung und Unterstützung des Kindes	5	-	5	6,4
Einbeziehung d. Kindes b. Familien- gesprächen	3	2	5	6,4
Vermittlung von Beratung/Therapie	4	1	5	6,4
Kontakt zu Schule, Kindergarten etc.	3	1	4	5,1
Vermittlung von FamilienhelferInnen	-	4	4	5,1
Vermittlung von Frühförderung	1	2	3	3,8
Vermittlung zur Kinder - und Ju- gendpsychiatrie	2	-	2	2,6
Vermittlung von Kinderbetreuung	1	1	2	2,6
Sonstiges	5	4	9	11,5

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 81

**Tabelle 11: Andere Dienste/Institutionen, die in den Familien bezogen auf die Kinder tätig wurden**

Dienste/ Institutionen	Bielefeld Abs.	Kreis WAF Abs.	Gesamt Abs.	% der Nennungen
Jugendamt Allgemeiner Sozialdienst (ASD)	33	34	67	48,6
Ambulante/stationäre Erziehungshilfen	12	14	26	18,8
Beratungsstelle	6	3	9	6,5
Kinder – und Jugendpsychiatrie	4	3	7	5,1
Kinder(psycho)therapeutIn	4	2	6	4,3
Frühförderung/Heilpädagogik	2	3	5	3,6
Familienhilfe	2	3	5	3,6
Kinderarzt/Kinderklinik	3	-	3	2,2
Schule/Kindergarten	2	-	2	1,5
Sozialpsychiatrischer Dienst	-	2	2	1,5
Sonstige Einrichtungen	3	3	6	4,3

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 82

**Tabelle 12: Art der Erkrankung der Eltern (Mehrfachnennungen möglich)**

Erkrankung	Psychiatrieerhebung (n=306) in % der Fälle	Jugendamtserhebung (n=157) in % der Fälle
Schizophrenie	41,2	12,1
Depression	35,9	39,5
Angst-/Zwangsstörung	15,4	20,4
Persönlichkeitsstörungen/Borderline	6,9	6,4
Manie	3,9	3,2
Organ. Psychosyndrome/Intelligenzminderung	3,6	14,6
Belastungs- und Anpassungsstörungen	2,0	0,6
Alkohol-/Drogen- und andere Abhängigkeit*	5,6	12,7
Sonstige Erkrankungen	6,2	7,6
Keine Angaben	1,0	20,4

\*Es sind keine Patienten und Patientinnen bzw. Klienten und Klientinnen berücksichtigt, bei denen ausschließlich eine Suchterkrankung vorliegt. Sucht nur als Begleiterkrankung!

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 86

**Tabelle 13: Anzahl der Kinder psychisch kranker Eltern (Jugendamtsbefragung)**

<b>Familien mit</b>	<b>abs.</b>	<b>%</b>	<b>Zahl der Kinder mit</b>	<b>abs.</b>	<b>%</b>
einem Kind	74	49,0	keinen Geschwistern	74	26,7
zwei Kindern	43	28,5	einem Geschwisterteil	86	31,0
drei Kindern	20	13,2	zwei Geschwistern	60	21,7
vier Kindern	13	8,6	drei Geschwistern	52	18,8
fünf Kindern	1	0,7	vier Geschwistern	5	1,8
<b>Gesamt</b>	<b>151</b>			<b>277</b>	

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 87

**Tabelle 14: Alter und Geschlecht der Kinder (n=275\*)**

<b>Alter</b>	<b>abs.</b>	<b>%</b>	<b>davon männl.</b>	<b>%</b>
< 3 Jahre	25	9,1	12	48,0
3<6 Jahre	38	13,8	16	42,1
6<9 Jahre	54	19,6	31	57,4
9<12 Jahre	53	19,3	30	56,6
12<15 Jahre	44	16,0	23	52,3
15<18 Jahre	46	16,7	22	47,8
Keine Angaben	15	5,5	5	33,3
<b>Gesamt</b>	<b>275</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>50,5</b>

\*Für zwei Kinder lagen keine Informationen zum Geschlecht vor

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 89

**Tabelle 15: Gewährte Hilfen durch das Jugendamt (n=272\*) (Mehrfachnennungen)**

Rang	Art der Hilfen	Absolut	In %
	<b>Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie, davon...</b>	89	32,7
1	Allgemeine Familienförderung (§16 KJHG)	86	31,6
2	Betreuung/Versorg. in Not-situationen (§20KJHG)	2	0,7
3	gemeinsame Wohnformen (§19 KJHG)	1	0,4
	<b>Hilfen zur Erziehung, da-von...</b>	170	63,0
1	Vollzeitpflege (§33 KJHG)	56	20,6
2	Sozialpädagogische Fami-lienhilfe (§ 31 KJHG)	54	19,9
3	Heimerziehung (§34 KJHG)	51	18,8
4	Tagesgruppe (§32KJHG)	4	1,5
5	Intensive sozialpädagogi-sche Einzelbetreuung (§35KJHG)	3	1,1
6	Erziehungsbeistand (§30KJHG)	2	0,7
7	Soziale Gruppenarbeit (§ 29 KJHG)	0	0,0
	<b>Eingliederungshilfe...(§35a KJHG)</b>	7	2,6
	Sonstige Hilfen	14	5,1
	Keine Hilfen	23	8,5

\*Für fünf Minderjährige lagen keine Angaben über die durch das Jugendamt geleistete Hilfe vor.

Quelle: Schone & Wagenblass, 2006, S. 91

**Tabelle 16: Präventive Angebote der Jugendhilfe**

<b>Für jüngere Kinder</b>	<b>Für ältere Kinder</b>	<b>Für die ganze Familie</b>
<b>Alle Formen der außerfamiliären Kinderbetreuung (z.B. Kindergarten, Hort oder andere altersgemischte Gruppen)</b>	Angebote der Jugendarbeit (§11 KJHG)	Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§16 ff. KJHG)
		Beratung, Entlastung und Unterstützung für Eltern und Kinder, insbesondere auch in schwierigen Lebensphasen ( Familienerholung, Familienberatung und Beratung für Alleinerziehende)

Quelle: vgl. Schone & Wagenblass, 2006, S. 151



Tabelle 17: Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern (Stand 28. Februar 2002)

Projekte/ Angebote	Inhalt/ Konzeption	Adressen/ Ansprechpartner
<b>Kinderprojekt Mannheim</b>	<p>Das Kinderprojekt Mannheim ist ein präventives, familienorientiertes Angebot, das Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien integrierte Hilfen aus den Bereichen Psychiatrie und Jugendhilfe anbieten möchte. Ziel ist es, den Kindern und ihren Eltern Unterstützung anzubieten, um ihre besondere Lebenssituation besser bewältigen und dadurch psychischen Störungen bei Kindern besser vorbeugen zu können.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung und Vereinbarung konkreter Hilfen im Bereich der Regelversorgung</li> <li>• Einzelberatung und Gruppen für Kinder</li> <li>• Einzelberatung und Gruppen für Eltern</li> <li>• Paar- und Familiengespräche</li> <li>• Fachberatung</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>	<p>Frau Raiss Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim C 3, 16, 68159 Mannheim Tel.: 0621/397490 Fax: 0621/13659 Email: <a href="mailto:SPDiMannheim@aol.com">SPDiMannheim@aol.com</a></p> <p>Herr Ebner Psychologische Beratungsstelle der Ev. Kirchengemeinde Mannheim C 3, 5 - 6, 68159 Mannheim Tel.: 0621/28000 Fax: 0621/28010 Email: <a href="mailto:ev.pb.ma@t-online.de">ev.pb.ma@t-online.de</a></p>
<b>KIPKEL (Haan/Hilden)</b>	<p>Das Projekt KIPKEL ist ein Beratungs- und Hilfsangebot zur Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in ihrem schwierigen familiären Umfeld. Ziel ist es, den Kindern in einem strukturierten Rahmen „Kind-Sein“ zu ermöglichen. Den Kindern wird Raum gegeben, sich vorurteilsfrei mit der Familiensituation auseinanderzusetzen und Entlastung zu erfahren. Über Gespräche, künstlerisches Gestalten und spielerisches Tun hat das Kind die Möglichkeit, eigene Konflikte, Wünsche und Bedürfnisse zu entdecken.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelangebote für die Kinder (stehen zunächst im Vordergrund)</li> <li>• Gruppenangebote für die Kinder</li> <li>• Suche nach einer Vertrauensperson für die Kinder</li> <li>• Familiengespräche</li> <li>• Offene Sprechstunde für Kinder</li> <li>• Elternsprechstunde</li> <li>• Sprechstunden in den Rheinischen Kliniken Langenfeld sowohl im stationären als auch teilstationären Bereich</li> <li>• Selbsthilfegruppe für psychisch kranke Mütter</li> <li>• Elterngruppe im stationären Klinikbereich (geplant)</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>	<p>Frau Staets Im Zentrum für Kindertherapie Walderstr. 5 – 7 42781 Haan Tel.: 02129/346970</p> <p>Herr Dr. Hipp Sozialpsychiatrischer Dienst Kirchhofstr. 35 – 37 40721 Hilden Tel.: 02103/2527305</p>

<b>Kinderprojekt Auryn Hamburg</b>	<p>Das Kinderprojekt Auryn in Hamburg ist ein ambulant, pädagogisch-therapeutisches Angebot des Vereins SeelenNot zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Auryn sind Gruppen von sechs altersmäßig zueinander passenden Kindern und Jugendlichen, die einmal pro Woche zusammenkommen und für sechs Monate zusammen bleiben.</p> <p>Ziel ist es, den Kindern Gelegenheit zu geben, sich innerhalb der Kindergruppe auszutauschen, Fragen und Probleme innerhalb eines geschützten Rahmens ansprechen zu können.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppen für Kinder ab sechs Jahre</li> <li>• Individuelle und kurzfristige Beratung für Kinder und Jugendliche</li> <li>• Elternberatung und Elternabende</li> <li>• Familienaktivitäten</li> <li>• Ferien – und Freizeitaktionen</li> </ul>	<p>Frau Dierks SeelenNot e.V. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes – und Jugendalters Universitätskrankenhaus Eppendorf Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel.: 040/428034361</p>
<b>Kinderprojekt Auryn Frankfurt</b>	<p>Das Kinderprojekt Auryn in Frankfurt ist ein präventives, familienorientiertes, pädagogisch-therapeutisches Angebot.</p> <p>Ziel ist es, frühzeitig dazu beizutragen, unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen ein entwicklungsförderndes Klima für die Kinder und ihre Familien zu schaffen.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindgemäße Aufklärung über die psychischen Krankheitsbilder der Eltern und Vermittlung von Bewältigungsstrategien</li> <li>• Zeitlich begrenzte, weitgehend altershomogene Kindergruppen</li> <li>• Einzelförderung besonders belasteter Kinder</li> <li>• Freizeitgestaltung und gemeinsame Unternehmungen mit den Kindern</li> <li>• Präventive Arbeit in Schulen und Tagesstätten</li> <li>• Flankierende Elternarbeit in Form von Beratung, Elternabenden und Familiengesprächen</li> <li>• Vernetzung psycho-sozialer Hilfsangebote</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Elterngespräche</li> </ul>	<p>Frau Schuhmann/Herr Ehrhardt Kinderprojekt Auryn Zobelstr. 11 60316 Frankfurt/Main Tel.: 069/405865-13</p>
<b>Kinderprojekt Bielefeld Bielefeld</b>	<p>Die Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien der AWO und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes bieten gemeinsam in den Räumen der AWO-Beratungsstelle ein</p>	<p>Frau Kempf AWO – Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und ihre Familien</p>

<b>Kinderprojekt Bielefeld Bielefeld (Fortsetzung)</b>	<p>Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern an.</p> <p>Ziel ist es, eigene Stärken und Wünsche wahrzunehmen, Gefühle, die mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils verbunden sind, zu erkennen und auszudrücken und gemeinsam in der Gruppe Unterstützungsmöglichkeiten zu erarbeiten.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung über psychische Erkrankungen in kindgerechter Form</li> <li>• Erfahrungsaustausch der Kinder untereinander</li> <li>• Erarbeitung von Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der Familien</li> </ul>	<p>Detmolder Str. 280 33605 Bielefeld Tel.: 0521/9216-421</p> <p>Frau Wenzel Gesundheitsamt/ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Nikolaus-Dürnkopp-Str. 5-9 33602 Bielefeld Tel.: 0521/516714</p>
<b>Kinderprojekt FLIPS Witten</b>	<p>Das Projekt FLIPS bietet Aufklärung, Hilfestellung und Bewältigungsmöglichkeiten für Kinder aus belasteten Familien durch psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes.</p> <p>Ziele von FLIPS sind umfassende und kindgerechte Aufklärung anzubieten, Kindern Ängste zu nehmen und ihre persönliche Kompetenz zu erweitern. Die Kinder sollen die Möglichkeit erhalten, über ihre Erfahrungen im Elternhaus zu sprechen und sich auszutauschen.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Musiktherapeutische Begleitung</li> <li>• Erlebnis- und prozessorientierte Gruppenarbeit/ Einsatz von Medien</li> <li>• Rollenspiele Elterngespräche</li> </ul>	<p>Frau Dr. med. Wietfeld Praxis für Neurologie und Psychiatrie Psychotherapie Annenstr. 172 58453 Witten Tel.: 02302/60323</p>
<b>Gruppenangebot für Kinder Senftenberg</b>	<p>Das Gruppenangebot Senftenberg richtet sich an Kinder und Jugendliche, deren Mütter an einer Schizophrenie erkrankt sind.</p> <p>Ziel der Gruppenarbeit ist die Förderung des Kontaktes zu gleich betroffenen Kindern und die Stärkung von Vertrauen in eigene Kompetenzen.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bearbeitung der kindlichen Probleme auf der kognitiven und emotionalen Ebene</li> <li>• Information über die Erkrankung des Elternteils vermitteln</li> <li>• Kindgerechte Aufklärung in Form von Geschichten und Rollenspielen</li> <li>• Unterstützung bei der Erarbeitung eines individuellen Freiraumes</li> </ul>	<p>Frau Bürgermeister Sozialpsychiatrischer Dienst Großenhainerstr. 30i  01968 Senftenberg Tel.: 03573/7069-4332</p>

<b>KipkE Sinsheim</b>	<p>Das Projekt bietet Unterstützung und Entlastung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit psychischer Erkrankung sowie begleitende Elternarbeit an.</p> <p>Ziel der Gruppenarbeit ist es, einen beständigen Rahmen aufzubauen, der Orientierung geben soll für Fragen, Befürchtungen und bisher unverarbeitete Gefühle in Bezug auf die psychische Erkrankung.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindgerechte Aufklärung und Beratung über Krankheit, Krisenzeit und Verhaltensweisen der Eltern</li> <li>• Entlastung der Kinder von der „Elternrolle“ und Ermutigung, eigene Gefühle zu erleben und auszudrücken</li> <li>• Spielpädagogische Kindergruppen</li> <li>• Elterngespräche, Hilfen in Krisenzeiten</li> <li>• Zusammenarbeit mit anderen regionalen Einrichtungen</li> </ul>	<p>Frau Mohler Bürgerkreis für psychosoziale Arbeit e.V.</p> <p>Am Kirchplatz 12a 74889 Sinsheim</p> <p>Tel.: 07261/945040</p>
<b>Kinderprojekt Porz Köln</b>	<p>Das Kinderprojekt Porz bietet Kindern psychisch kranker Eltern Unterstützung im Gespräch, Hilfe zur Verarbeitung ihrer Probleme in einer heilpädagogischen oder psychotherapeutischen Behandlung einzeln oder in der Gruppe.</p> <p>Ziel ist es, Eltern, Angehörige und andere Bezugspersonen zu unterstützen, im Zuge einer psychologischen Beratung, eigene Reaktionen besser zu verstehen, um die Betroffenen für die belastende Situation der Kinder zu sensibilisieren.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefenpsychologische und heilpädagogische Diagnostik</li> <li>• Heilpädagogische Gruppenbehandlung für Kinder im Vor- und Grundschulalter</li> <li>• Autogenes Training in Gruppen für ältere Kinder und Jugendliche</li> <li>• Psychologische Beratung für Eltern und Angehörige</li> </ul>	<p>Herr Stanitzek Gemeinschaftsprojekt Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder im Caritasverband für die Stadt Köln e.V./Verein „Porzer Bürger für psychisch Kranke e.V.“ Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder Rathausstr. 8 51143 Köln Tel.: 02203/55001</p>
<b>Beratungsangebote für Kinder und ihre Eltern Würzburg</b>	<p>Die Evangelische Beratungsstelle bietet präventive Hilfen für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil an.</p> <p>Ziel ist es, die Kinder und Eltern in der Bewältigung der familiären Probleme zu unterstützen, um der Entwicklung psychosozialer Auffälligkeiten bei den Kindern entgegen zu wirken.</p>	<p>Herr Schrappe/Frau Willführ Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen Stephanstr.8 97070 Würzburg Tel.: 0931/30501-0</p>

<b>Beratungsangebote für Kinder und ihre Eltern Würzburg (Fortsetzung)</b>	<p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratende und informierende Gespräche mit dem gesunden und/oder dem erkrankten Elternteil</li> <li>• Unterstützung der Kinder durch Spieltherapie, Einzelgespräche oder</li> <li>• Familiengespräche</li> <li>• Gruppenangebot für ca. 8-12jährige, die einen psychisch kranken Elternteil haben</li> <li>• Kooperation der Fachleute aus Jugendhilfe und (Sozial)Psychiatrie durch Fortbildung und Aufbau eines Arbeitskreises</li> </ul>	<p>Fax.:0931/30501-30</p>
<b>Sozial-therapeutische Kindergruppe „Windlicht“ Hamburg</b>	<p>Die Kindergruppe WINDLICHT ist ein in Anlehnung an das Kinderprojekt „Auryn“ (Hamburg) entwickeltes ambulantes sozialtherapeutisches Gruppenangebot für Kinder von psychisch kranken Eltern.</p> <p>Ziel ist es, den betroffenen Kindern einen sozialpädagogischen und therapeutischen Raum zu bieten, in dem sie die Erfahrung machen können, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind. In einer Atmosphäre von Anerkennung und Sicherheit sollen die Kinder in der Gruppe einen Ort finden, in dem sie entlastet und ihre bisherigen Erlebnisse bearbeitet werden können.</p> <p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elternarbeit</li> <li>• Angebot von grenzbildenden und wahrnehmungsfördernden Spielen</li> <li>• Einsatz ausdrucksfördernder Mittel (z.B.: Rollenspiele, Handpuppen, Musikinstrumente)</li> <li>• Erleben von Gemeinschaftsgefühl in der Kindergruppe/Aufhebung des Gefühls der Isolation/Entlastung von Schuldgefühlen</li> <li>• Schaffen eines Ausdrucksrahmens zur Wahrnehmung und Entwicklung eigener Gedanken, Empfindungen und Bedürfnisse</li> </ul>	<p>Frau Franken Margaretenhort Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes Hamburg-Harburg Schlossmühlendamm 1 21073 Hamburg Tel.: 040/790189-0 Fax: 040/790189 99 E-Mail: <a href="mailto:info@margaretenhort.de">in-fo@margaretenhort.de</a> <a href="http://www.margaretenhort.de">www.margaretenhort.de</a></p>
<b>Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern Hamburg</b>	<p>PFIFF e.V., Pflegekinder und ihre Familien Förderverein hat eine präventive Projektkonzeption zur Vermeidung dauerhafter Fremdplatzierung von Kindern junger und/oder psychisch kranker Eltern entwickelt.</p> <p>Ziel der Patenschaften ist es, durch die Vereinigung professioneller Elemente der Tagespflege und der Bereitschaftspflege mit familiären, verwandtenähnlichen, niederschweligen Angeboten, eine Unterstützung und Hilfe für das familiäre System zu gewährleisten.</p>	<p>Frau Beckmann PFIFF e.V. Holsteinischer Kamp 80 22081 Hamburg Tel.: 040/2912884 Fax.:040/2997894 E-Mail: <a href="mailto:Pfiff.e.V.@t-online.de">Pfiff.e.V.@t-online.de</a></p>

<b>Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern Hamburg (Fortsetzung)</b>	<p>Beispielhafte Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung kontinuierlicher Entlastung der betroffenen Mütter</li> <li>• Aufnahme der Kinder auch in Krisensituationen über Tag und Nacht</li> <li>• Ermöglichung modellhaften Lernens für die Alltagsbewältigung mit Kindern durch das Beispiel der Patenfamilie</li> <li>• Niederschwellige Ergänzung oder Ersatz der institutionellen Betreuung</li> <li>• Langer Beobachtungs- und Unterstützungszeitraum, der zur verantwortlichen Klärung der Perspektive für das Kind genutzt werden kann</li> <li>• Flexible Hilfeform, die sich den veränderten Bedarfslagen unspektakulär anpasst</li> </ul>	
<b>Wohnprojekt Harburg Hamburg</b>	<p>Der Margaretenhort bietet verschiedene ambulante Hilfen für psychisch kranke Eltern und deren Kinder an. Die Betreuung findet im Wohnprojekt Harburg oder in der eigenen Wohnung statt.</p> <p>Ziel ist es, zusammen mit den Eltern Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Betreuungsangebotes für das Zusammenleben mit ihren Kindern zu entwickeln</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung in erzieherischen Fragen</li> <li>• Betreuungsangebote nach Krisensituationen</li> <li>• Beratung und Unterstützung in allen Entwicklungsfragen der Kinder, sowie in Amts- und Versorgungsfragen</li> </ul>	<p>Frau Schneider Margaretenhort Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes</p> <p>Hamburg-Harburg Schlossmühlendamm 1 21073 Hamburg Tel.: 040/790189-0 Fax: 040/790189- 99 E-Mail: <a href="mailto:info@margaretenhort.de">in-fo@margaretenhort.de</a> <a href="http://www.margaretenhort.de">www.margaretenhort.de</a></p>
<b>Therapeutische Wohnform Berlin</b>	<p>Das PROWO (Projekt Wohnen) bietet eine therapeutische Wohnform in Form von Wohngemeinschaften und Betreutem Einzelwohnen für volljährige Schwangere, Mütter oder Väter mit psychische Erkrankungen an, die Hilfe beim Bewältigen ihres Alltags und der Betreuung ihres Kindes benötigen.</p> <p>Ziel ist es, durch das therapeutische Angebot stationäre Aufenthalte und damit die Trennung von Mutter und Kind zu minimieren.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppentherapie sowie Einzeltherapie</li> <li>• Unterstützung beim Aufbau einer emotional tragfähigen Beziehung zwischen Eltern (-teil) und Kind</li> <li>• Reflexion der Partnerbeziehung</li> <li>• Auseinandersetzung mit der Krankheit</li> <li>• Wahrnehmung und Stärkung der gesunden Persönlichkeitsanteile</li> </ul>	<p>PROWO e.V. Projekt Wohnen Kottbusser Damm 79a 10967 Berlin</p> <p>Tel.: 030/6959770</p>

<b>Therapeutische Wohnform Berlin</b> (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechtzeitiges Erkennen von Belastungssituationen und Erlernen adäquater Handlungsstrategien</li> </ul>	
<b>Intensives Betreutes Wohnen München</b>	<p>Haus Monika ist ein Modellprojekt für intensiv betreutes Wohnen junger psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern. Ziel ist es, durch intensive Begleitung und Beratung Hilfestellung zur Entwicklung neuer Lebensperspektiven der betroffenen Frauen zu geben.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische Stabilisierung</li> <li>• Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzwerkes für Mutter und Kind</li> <li>• Hilfestellung zur selbstständigen Bewältigung des Alltags</li> <li>• Stärkung der Mutter, das Kind angemessen zu versorgen und zu fördern</li> <li>• Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven</li> </ul>	<p>SKF-München / Haus „Monika“ Scalpinenstr. 22 81241 München Tel.: 089/82939620 – 23</p>
<b>Haus für Mutter und Kind Fürth</b>	<p>Das Dr. Elisabeth–Meyer-Spreckels-Haus hat es sich zur Aufgabe gemacht, jugendliche Schwangere und Mütter sowie psychisch kranke Frauen in Innen- und Außenwohngruppen sowie im Betreuten Einzelwohnen zu begleiten, und sie bei der Erziehung und Pflege ihrer Kinder zu unterstützen. Ziel ist es, einen gesunden leiblichen, seelischen und emotionalen Zustand aller Betreuten zu erlangen.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung bei der Erziehung und Pflege des Kindes (ggf. Einzelbetreuung)</li> <li>• Reflexion der Mutter-Kind-Beziehung/ der Partnerbeziehung</li> <li>• Aufarbeitung der Biographie, Stärkung des Selbstwertgefühls</li> <li>• Vermittlung von Lerninhalten und Verhaltensweisen</li> <li>• Berufsfindung und Qualifikation</li> <li>• Entwicklung von langfristigen Perspektiven</li> </ul>	<p>Wohnheime Frühlingsstraße Frühlingsstr. 17-18 90765 Fürth Tel.: 0911/9799660 Fax; 0911/97996640</p>
<b>Heim für Mutter, Vater, Eltern und Kind Wesel</b>	<p>Das St. Josef Haus betreut erwachsene Menschen mit psychischen und/oder Lern-/geistigen Behinderungen, die Hilfen bei der alltäglichen wie individuellen Lebensbewältigung und bei der Betreuung und Erziehung der Kinder brauchen. Ziel ist es, den BewohnerInnen des Hauses ein</p>	<p>St. Josef Haus/SKF e.V. Am Birkenfeld 14 46485 Wesel Tel.: 0281/95238-0 Fax: 0281/95238-11</p>

<b>Heim für Mutter, Vater, Eltern und Kind Wesel</b> (Fortsetzung)	<p>dauerhaftes Leben mit ihrem Kind zu ermöglichen und die Voraussetzung zu schaffen, neue Perspektiven zu entwickeln und ein selbstständiges Leben aufbauen zu können.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elter/Familienarbeit</li> <li>• Einzelbetreuung</li> <li>• Systemische Therapie und Beratung der Familie</li> <li>• Gestalttherapeutische Einzeltherapie</li> <li>• Nachbetreuung</li> </ul>	
<b>Wohnforum „Frau und Kind Haus“ Köln</b>	<p>Die Köln-Ring GmbH WohnForum ist eine Einrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen. Für diesen Personenkreis bietet die Einrichtung im „Frau und Kind Haus“ die Möglichkeit an, gemeinsam mit den eigenen Kindern zu leben.</p> <p>Ziel ist, es unter Beibehaltung der Kernfamilie-situation den Betroffenen ein Umfeld zu bieten, in dem für beide eine individuelle Entwicklung und auch eine gemeinsame Perspektivenklärung der Beziehung möglich ist. Hierbei wird die Eigenverantwortlichkeit der Frau und die Verantwortung für eine dem Kind förderliche Entwicklung angestrebt. Die sozialpsychiatrische Begleitung umfasst alle Dinge des alltäglichen Lebens, sie findet in Form von Einzel- und Gruppenarbeit im 24-Stunden-Dienst statt.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelbetreuung für die Frau</li> <li>• Einzelbetreuung des Kindes</li> <li>• Freizeitaktivitäten/ Gruppenangebote</li> </ul>	<p>Frau Dembowski          Köln - Ring GmbH Wohn-Forum          Frau- und Kind Haus          Bergisch-Gladbacherstr. 812          51069 Köln          Tel.: 0221/968471-40</p>
<b>Familienhaus Kiel</b>	<p>Das Familienhaus ist eine stationäre Einrichtung für Mutter und Kind. Es werden schwangere Frauen und Mütter mit ihren Kindern bis zu einem Alter von drei Jahren aufgenommen. Ziel der Einrichtung ist es, die Familie durch ganzheitliche sozialpädagogische, familienorientierte und rehabilitative Hilfen zu einem möglichst eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Leben zu begleiten.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderbetreuungs- und Förderprogramme</li> <li>• Kindergartenwaldhofgruppe</li> <li>• Schulbegleitung</li> </ul>	<p>Marie-Christian Heime e.V.          Rönner Weg 75          24146 Kiel          Tel.: 0431/78010</p>



<b>Stationäre Kinder- wohngruppe Kolibri Lengerich</b>	<p>Kolibri ist eine stationäre Kindertagesstätte, integriert in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. Die Kinder werden in der Kindertagesstätte in der Zeit, in der die Eltern stationär oder ambulant behandelt werden, pädagogisch betreut. Ziel ist es, im Rahmen einer kleinen Betreuungsgruppe den individuellen Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden. Nach dem Grundsatz der pädagogischen Arbeit nicht für, sondern mit soll dem Kind Hilfestellung gegeben werden, die Dinge des Alltags zu bewältigen.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagesbetreuung der Kinder</li> <li>• Elternberatung (Einzelgespräche und Gruppenangebote)</li> <li>• Freizeitaktivitäten (z.T. auch gemeinsam mit den Eltern)</li> </ul>	<p>Frau Brümmer-Hesters Kinderwohngruppe Kolibri Westfälische Klinik für Psychiatrie Parkallee 10 49525 Lengerich Tel.: 05481/12-0 Fax: 05481/12 158</p>
<b>Tagesklinik und Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern Hamburg</b>	<p>Die Tagesklinik, angegliedert an die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Eppendorf, ist ein Betreuungsangebot für Frauen und Männer mit psychischen Erkrankungen nach der Geburt. Ziel ist es, die Beziehung zwischen Mutter oder Vater und Kind zu stabilisieren, Eigenverantwortlichkeit der Eltern zu stärken und gemeinsam neue Perspektiven zu entwickeln.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eltern-Säugling-Psychotherapie</li> <li>• Bei Bedarf Behandlung des Säuglings (z.B. Entwicklungsfördernde Spieltherapie)</li> </ul> <p>Die Spezialambulanz ist ein ambulantes Angebot für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0 bis 3 Jahren. Den Betroffenen wird Beratung sowie im Rahmen der Möglichkeiten auch Behandlung angeboten. Ziel der ambulanten Betreuung ist es, psychisch kranken Eltern und deren Kindern ein freiwilliges Hilfsangebot zur Unterstützung und Bewältigung des Lebensalltags anzubieten.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante Gruppe für Mütter und Säuglinge (Krise nach der Geburt)</li> <li>• Vätergruppe</li> </ul>	<p>Frau Dr. Deneke Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes – und Jugendalters Universitätskrankenhaus Eppendorf Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel.: 040/ 42803-2215 oder – 4226</p>

<b>Angehörigengruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern Hamburg</b>	<p>Seit 1998 existiert die Angehörigengruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern, die sich regelmäßig unter der Leitung von G. Sielaff in der sozialpsychiatrischen Ambulanz des UKE trifft.</p> <p>Ziel der Gruppe ist es, sich über die Kindheit auszutauschen und zu diskutieren, wie eine bessere Kooperation zwischen Hilfsangeboten aussehen könnte.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammentragen und Kommentierung einer Bücherliste</li> <li>• Durchführung von Vorträgen und Seminaren, in denen sich Teilnehmer der Angehörigengruppe zum Gespräch zur Verfügung stellen</li> </ul>	<p>Frau Sielaff Sozialpsychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätskrankenhaus Eppendorf Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel.: 040/42803-3236</p>
<b>Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern Berlin</b>	<p>Der Landesverband APK bietet zweimal monatlich eine Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern an.</p> <p>Ziel ist es, durch gegenseitigen Austausch sowie durch gegenseitige Hilfe und Entlastung die Fähigkeit zu erarbeiten, ein eigenes, selbstbestimmtes Leben führen zu können und eine Lobby für betroffene (auch erwachsene) Kinder zu schaffen.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punktuelle therapeutische Begleitung der Gruppe durch PsychologInnen</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit: Vorstellung der Selbsthilfegruppe und der Problematik der Kinder in Fachkreisen</li> <li>• Einladung externer ReferentInnen zu ausgewählten Themen</li> </ul>	<p>Frau Beeck APK- Angehörige psychisch Kranker</p> <p>Landesverband Berlin e.V. Mannheimer Str. 32 10713 Berlin-Wilmersdorf Tel.: 030/863957-03/01</p>
<b>Angehörigengruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern Köln</b>	<p>Der Verein Rat und Tat bietet, teilweise in Zusammenarbeit mit Sozialpsychiatrischen Zentren in Köln, sieben Gesprächskreise für Angehörige psychisch Kranker an. Die Gesprächskreise arbeiten als offene Selbsthilfegruppen.</p> <p>Ziel ist es, den Betroffenen in geschütztem Rahmen die Möglichkeit eines Austausches zu bieten. Thema der Gruppen sind die Schwierigkeiten der jeweils Anwesenden im Umgang mit den Erkrankten, die Folgen der Erkrankung und ihre Auswirkungen auf das eigene Leben.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinsleben für Mitglieder und TeilnehmerInnen (d.h., gemeinsame Aktivitäten, befristete Freizeitgruppenangebote)</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit, im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Tagun-</li> </ul>	<p>Rat und Tat e.V. Kempener Str. 135 „Wor-ringer Bahnhof“ 50733 Köln-Nippes Tel.: 0221/7390734</p>

	gen, etc.	
<b>SeelenNot e.V. Hamburg</b>	<p>Der Verein SeelenNot ist ein gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Familien mit seelisch kranken Eltern. Ziel des Vereins ist es, präventiv zu arbeiten, um durch frühzeitiges Erkennen und frühe Hilfe spätere Folgen zu verhindern.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung für betroffene Familien (Beratungsstelle)</li> <li>• Kostenlose Telefonberatung (einmal wöchentlich)</li> <li>• Aufklärung und Weiterbildung</li> <li>• Arbeitsgruppe zum fachlichen Austausch und Vernetzung</li> <li>• Vorbeugende Gruppenarbeit mit Kindern (Auryn)</li> </ul>	<p>Frau Dr. Deneke SeelenNot e.V. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes – und Jugendalters Universitätskrankenhaus Eppendorf Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel.: 040/42803-2215 oder – 4226</p> <p>Frau Sielaff Beratungsstelle Seelen-Not e.V. Bahrenfelder Str.169 22765 Hamburg Beratungstelefon: 040/39109050</p>
<b>Wege e.V. Leipzig</b>	<p>Der WEGE e.V. vertritt seit über 10 Jahren die Interessen psychisch Kranker und ihrer Angehörigen in Leipzig. WEGE e.V. führt in diesem Zusammenhang eine Auryn- Familien – beratungsstelle für Familien mit psychischer Krankheit. Das Beratungs- und Präventionsangebot integriert die ganze Familie. Es hilft den Kindern besser zu verstehen, was los ist, sich weniger Sorgen zu machen und jemanden zum Reden zu haben. Die Eltern sollen Unterstützung darin finden, ihre Stärken wieder zu entdecken und nicht an ihren Fähigkeiten zu zweifeln.</p> <p>Beispielhafte Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzel- und Familienberatung Krisenintervention</li> <li>• altersgerechte Krankheitsinformation / Psychoedukation</li> <li>• Familientherapie</li> <li>• soziale Gruppenarbeit</li> <li>• individuelle Hilfen (z.B. Entspannung, Lernhilfen)</li> <li>• "Frühe Hilfen" - Beratung für psychisch kranke Schwangere und Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern (0-3 Jahre)</li> </ul>	<p>Frau Ines Lägel (Dipl.-Psychologin) Frau Melanie Gorspott (Dipl.-Sozialpädagogin) Tel.: (0341) 478 58 99 Fax: (0341) 478 58 98</p> <p>E-Mail: AURYN@wege-ev.de Internet: <a href="http://www.wege-ev.de">www.wege-ev.de</a></p>

Quelle: vgl. Schone &Wagenblass, 2006, S. 238-251  
 vgl. Wege e.V.(2009): Familienberatungsstelle AURYN, in:  
[www.wege-ev.de/html/auryn.html](http://www.wege-ev.de/html/auryn.html)

Weitere Angebote für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern sind zu finden in:  
 Katja Beeck (2008): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern (S. 66ff.), Berlin

**Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit****Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Wermsdorf, den 1.07.2009

*Bearbeitungsort, Datum*

\_\_\_\_\_

*Unterschrift*